

Contribution à l'Etude des Dolichocôlons

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1934, à 17 heures 30

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. de TAYRAC, Armand-Jules-Charles

né à Lille (Nord), le 9 Avril 1907

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président.</i>
	ÉTIENNE,	Professeur, <i>Juge.</i>
	ABEL,	Agrégé, <i>Juge.</i>
	CHALNOT,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

LILLE

Société Anonyme d'Imprimerie
et d'Éditions du Nord

—
1934

Contribution à l'Etude des Dolichocôlons

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 1934, à 17 heures 30

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. de TAYRAC, Armand-Jules-Charles

né à Lille (Nord), le 9 Avril 1907

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président.</i>
	ÉTIENNE,	Professeur, <i>Juge.</i>
	ABEL,	Agrégé, <i>Juge.</i>
	CHALNOT,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

LILLE

Société Anonyme d'Imprimerie
et d'Éditions du Nord

1934

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I §§.
Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I §§ ;
 WEISS, O *, I §§ ; BOUIN, O *, I §§ ; ANCEL, *, I §§ ;
 GARNIER, *, I §§ ; MACE, *, I §§ ; P. PARISOT, O *, I §§

Professeurs :

Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, O *, I §§, O.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, O *, I §§.
Physique.....	M. DUFOUR, *, I §§.
Clinique des malad. syph. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I §§.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRELICH, *, I §§.
Physiologie.....	M. M. LAMBERT, *, I §§.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHINSHOLZ, O *, I §§.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I §§.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *, I §§.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I §§.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, *, I §§.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I §§.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I §§.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I §§.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, *, I §§.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I §§.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, *, I §§.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, A §§.
Hydrologie.....	M. SANTENOISE, *, A §§.
Clinique des maladies des enfants...	M. L. CAUSSADE, *, I §§.
Bactériologie.....	M. DE LAVERGNE, *, I §§.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, *, I §§.

Chargés de Cours complémentaires :

Pharmacologie.....	M. M. PERRIN, *, I §§, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses.	M. P. SIMONIN, I §§, agrégé.
Pathologie générale.....	M. P. SIMONIN, I §§, agrégé.
Clin. gynécolog.	M. A. BINET, *, I §§ agrégé libre.
Pathologie externe.....	M. GUILLEMIN, A §§, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses...	M. DE LAVERGNE, *, I §§, profes.
Propédeutique dermatologique.....	M. WATRIN, *, I §§, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. M. BARTHELEMY, *, I §§, agr. lib.
Electrothérapie et radiologie.....	M. G. LAMY, *, I §§, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	M. JOB, *, I §§, agrégé libre.
Obstétrique.....	M. VERMELIN, *, A §§, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. DROUET, A §§, agrégé.
Anatomie et Médecine générale.....	M. MUTEL, *, I §§, agrégé.
Pathologie interne.....	M. ABEL, *, A §§, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail.....	M. MERKLEN, A §§, agrégé.
Education physique.....	M. L. MERKLEN, A §§, agrégé.
Clinique neurologique (1).....	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O. R. L. (1).....	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

M. MERKLEN, A §§.	M. LAMY, *, I §§.
M. FLORENTIN.	M. MUTEL, *, I §§.
M. BODART.	M. VERMELIN, *, A §§.
M. CHALNOT.	M. GUILLEMIN, A §§.
M. WOLFF.	M. ABEL, *, I §§.
M. MELNOTTE, *.	M. DROUET, A §§.
M. POURCINES.	M. P. SIMONIN, I §§.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I §§ ; S. REMY, I §§ ; BUSQUET, I §§.
 L. JOB, *, I §§ ; M. FAIRISSE, I §§ ;
 BINET, *, I §§ ; BARTHELEMY, *, I §§ ; WATRIN, *, I §§.
 M. TRIBOLET, I §§, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Mort pour la France

*Dont la vie toute de loyauté et de labeur
sera pour nous le meilleur des exemples.*

A MA MÈRE

*En témoignage de notre très vive affection
et de notre profonde reconnaissance.*

A MES GRAND'MÈRES

et à la mémoire de mes Grands-Pères

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON AMI LE DOCTEUR G. SENELLART

Interne des Hôpitaux

En souvenir d'une ancienne collaboration

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERNARD

Assistant de Clinique Médicale
à l'Hôpital de la Charité

*Il m'a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il
en reçoive la dédicace comme gage de gra-
titude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVID

Professeur de Thérapeutique et d'Hydrologie

*Hommage de ma vive gratitude pour
l'aide qu'il a bien voulu me donner dans
la réalisation de ce travail.*

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRIN, ✱, I ✱

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie

*En témoignage de ma reconnaissance pour
le grand honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

AUX MEMBRES DU JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE, O ✱, I ✱

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL, ✱, A ✱

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà l'étude des dolichocôlons a fait l'objet de nombreux mémoires.

LARDENNOIS et AUBOURG les ont définis « des allongements démesurés d'un ou de plusieurs segments du gros intestin ». Certains auteurs refusent à voir dans ces allongements autre chose qu'une simple malformation anatomique ; d'autres, au contraire, en font une affection secondaire à des inflammations ou à une stase intestinale, favorisée par un état anormal des mésentères.

En fait, l'étude pathogénique des dolichocôlies apparaît comme singulièrement complexe.

D'une part, la physiologie des côlons est encore mal connue et, d'autre part, l'expérimentation dans ce domaine est pratiquement impossible. L'intestin de l'homme présente, en effet, des particularités caractéristiques et propres aux individus omnivores et n'a que de très lointaines ressemblances, soit anatomiques, soit physiologiques, avec les intestins des autres êtres de l'échelle animale. Dès lors on se trouve réduit à se contenter de l'observation radiologique susceptible de bien des erreurs d'interprétation.

Nous nous sommes cependant efforcés de donner à l'étude du problème pathogénique des dolichocôlons, l'importance qui lui convient en y apportant la contribution de récentes données physiologiques, notamment en ce qui concerne les influences du système vago-sympathique et des glandes endocrines sur les troubles de la motricité intestinale.

Il s'ensuivra que le traitement de cette affection loin d'être symptomatique devra être essentiellement étiologique : le rétablissement des fonctions motrices de l'intestin entraînera la disparition des symptômes observés et parfois même la régression des allongements coliques.

Enfin nous démontrerons que l'existence des allongements segmentaires du gros intestin, se manifestant cliniquement par une symptomatologie nettement individualisée et justiciable d'une thérapeutique autonome, permet de faire du syndrome dolichocolique une entité anatomo-clinique bien définie jouant un rôle extrêmement important dans la pathologie abdominale.

HISTORIQUE

Initialement, le dolichocôlon fut considéré comme une curiosité anatomique, et FLEISCHMAN, dans une étude sur le choléra asiatique, le signala pour la première fois en 1815. Il avait constaté, à l'occasion de plusieurs autopsies, que les divers segments du côlon étaient sujets à des variations de longueur. Ces remarques furent ultérieurement confirmées par ENGEL en 1857, par TRÈVES dans un mémoire sur l'Anatomie du gros intestin, paru en 1885, et par SCHIEFERDECKER en 1888. La même année, WALTHER, dans un article du Bulletin de la Société Anatomique de Paris, considère le dolichocôlon comme une simple anomalie du gros intestin et cite un cas de développement exagéré de l'S iliaque, ayant atteint plus de 70 centimètres ; mais il ne semble pas soupçonner encore le rôle de cette anomalie dans la pathologie intestinale.

Cependant, MACKENZIE, TROUSSEAU et surtout POTAIN en 1879, signalent dans plusieurs observations la concomitance de l'allongement colique avec certaines affections telles que le volvulus ou la constipation

chronique. Mais ils ne voient pas dans ces faits de relation de cause à effet.

En 1899, DUCATTE insiste sur le fait que fréquemment les constipations opiniâtres coïncident avec une élongation du gros intestin. CHIAPPLE considère cet allongement comme un des facteurs principaux des stases intestinales. Plus tard, MARFAN et, après lui, BENSAUDE, envisagent même l'influence du dolichocôlon dans la pathogénie de la maladie de Hirschprung. Cette hypothèse, reprise par SELLÉ dans sa thèse sur le mégacôlon (1920) l'amena à conclure à l'identité du dolichocôlon et du mégacôlon.

Plus récemment encore, LOEPER (1933) sans nier l'influence des allongements coliques sur la pathogénie du volvulus et de la stase intestinale chronique, se refuse à attribuer au dolichocôlon d'autre valeur que celle d'une anomalie anatomique. A l'opposé de cette opinion, CHIRAY (1931-1934) considère le dolichocôlon comme une entité morbide bien définie.

Depuis de nombreuses années déjà, la Radiologie, en facilitant l'examen des malades et en permettant de vérifier matériellement la réalité des résultats thérapeutiques obtenus, avait permis de compléter les données cliniques du dolichocôlon.

LARDENNOIS et AUBOURG (1914) pour la première fois, dégagent de tous les éléments disparates fournis par la pathologie du gros intestin le syndrome dolichocolique auquel ils donnent son nom et dont ils tracent un magistral tableau clinique. Les observations de BÉCLÈRE (1923), ALBAN GIRAULT (1924), Mademoiselle REICHENECKER (1929), BERNARD (1932) et CHIRAY (1933) démontrent non seulement l'amélioration des symptômes mais aussi les modifications anatomiques profondes des dolichocôlons sous l'action d'un traitement médical spécifique.

Comme on a pu le constater par ce bref exposé, le processus historique du dolichocôlon passe par deux phases distinctes : La première phase anatomo-chirurgicale où l'allongement du gros intestin est seulement considéré comme une simple anomalie anatomique, et la seconde phase médico-radiologique qui fait du dolichocôlon une entité morbide, entité acquise comme nous allons le voir et se manifestant cliniquement sous l'influence de certains facteurs déterminants.

ETIOLOGIE

La fréquence du dolichocôlon a donné lieu à de nombreuses discussions. Plusieurs auteurs se sont efforcés d'en établir le pourcentage. Les statistiques d'autopsie de Bryant (1924) donnent un chiffre de 14 %. Le taux le plus élevé, celui de Larrymore, atteint 18 % ; le moins élevé, celui de Cain, n'atteint que 4 %.

C'est sous l'influence de divers facteurs que se manifeste le plus fréquemment le dolichocôlon. On peut négliger l'intervention du sexe dans l'étiologie de ce syndrome. Par contre, le *facteur racial* aurait une grande importance (BENSAUDE). Suivant SAMSON (1892), 2 % des Russes seraient atteints de dolichocôlon. LANDAU signale la grande fréquence des volvulus sigmoïdes à Varsovie. DEAKIN dans l'Inde. LAMB chez les nègres d'Amérique et CADE chez les Américains du Nord, signalent le nombre élevé des dolichocôlons dans ces régions.

Le *facteur familial* paraît jouer un certain rôle. BENSAUDE cite une « famille à dolichocôlon ». CHIRAY a observé le même phénomène dans trois familles.

L'âge aurait une influence indiscutable sur les manifestations du syndrome dolichocolique. Rare dans

la première et la seconde enfance, celui-ci se précisait plus fréquemment à l'âge adulte. Sur 28 malades, CHIRAY en trouve 20 âgés de plus de trente ans.

De nombreux auteurs signalent également l'action du *facteur alimentaire*. Le régime végétarien serait particulièrement incriminé dans l'étiologie du dolichocôlon (TARENETZKY, BEAN, SWAIN, CRAMPE). CARNOT (*Paris Médical* 1932) déclare à l'appui de cette opinion qu' « expérimentalement, l'on peut influen-
« cer la longueur de l'intestin et notamment l'allon-
« ger ou le raccourcir par un régime plus ou moins
« facilement assimilable, ce qui rend inutile ou au
« contraire nécessaire l'augmentation des surfaces
« absorbantes ».

Siège

Le siège du dolichocôlon est essentiellement variable. On a constaté des allongements sur toutes les portions du côlon, depuis le sigmoïde jusqu'au cœcum. Mais cependant il est des zones d'élection comme semblent le démontrer les statistiques. Les localisations gauches ont été rencontrées dans 60 % des cas ; les allongements totaux dans 30 % des cas, et les localisations droites dans 10 % des cas (WHITE, CARNOT, BERNARD).

Les localisations gauches sont donc les plus fréquentes. Parmi celles-ci, on note une prédominance très nette des dolichosigmoïdes (WHITE, CHIRAY, BENSAUDE). KANTOR range par ordre de fréquence décroissante les localisations du sigmoïde, iliaques, de l'angle splénique, du transverse et du côlon droit. Contrairement à ces opinions, LARDENNOIS et AUBOURG

(1914) assurent la première place aux localisations du transverse. Mais tous les auteurs sont d'accord sur la rareté des localisations coliques droites, causées la plupart du temps soit par une ptose cœcale, soit par une mobilité du cœcum occasionnant des coudures.

On a signalé également des dolichocœcums et des dolicho-appendices, (CARNOT), mais ces anomalies sont considérées comme exceptionnelles.

PATHOGÉNIE

La pathogénie du dolichocôlon a suscité de nombreuses théories qu'on peut grouper sous deux chefs distincts : D'une part les *physio pathologistes* qui considèrent les allongements coliques comme une affection acquise et liée soit à des phénomènes inflammatoires, soit à des stases intestinales ; d'autre part, ceux qu'on pourrait appeler, avec CHIRAY, les *anatomistes*, qui ne voient dans les dolichocôlons qu'une malformation congénitale d'origine fœtale : troubles du développement intestinal chez le fœtus ; ou d'origine infantile : persistance chez l'adulte d'un état anatomique normal chez le nouveau-né.

Théories physio-pathologiques

MARFAN, en 1903, envisageait l'influence de la dyspepsie dans l'augmentation de la longueur de l'intestin chez les nouveau-nés. CRUVEILHIER, « parmi les causes d'allongement, regarde la constipation com-

me jouant le principal rôle ». LANNES (1911), CAUCCI (1921) et PAUCHET (1926) considèrent la constipation chronique comme un facteur du dolichocôlon. Pour LARDENNOIS (1914) la stase intestinale chronique et la colite entraînent l'allongement du sigmoïde, ou l'accentuent. Même dans la première enfance, l'hypothèse de l'origine congénitale ne résiste pas à la critique : « Il est des dolichocôlons chez des enfants de cinq ans dont l'intestin a déjà une longue histoire ».

Actuellement les travaux de BELOT (1920), BÉCLÈRE (1923), GIRAULT (1925) et Mademoiselle REICHENECKER (1929) ont démontré qu'une thérapeutique appropriée, faisant disparaître la stase intestinale, entraîne fréquemment une diminution de longueur des dolichocôlons, ce qui précise singulièrement l'importance du facteur constipation.

Théories anatomiques

I. — Hypothèse de l'origine embryologique ou fœtale.

CRUVEILHIER (1842) n'admettait pas l'origine congénitale des malformations coliques : « Il serait important, déclarait-il, de réunir toutes les variétés de longueur et de disposition de l'arc du côlon. Ces différences de longueur ne sont nullement congénitales, car chez tous les enfants nouveau-nés, le gros intestin me paraît avoir, à peu de chose près, la même longueur ». BRYANT (1924) et LARRYMORE (1926) démontrèrent l'inexactitude de cette affirmation. Dans son étude comparée des intestins de l'enfant et de l'adulte, ce dernier fournit à l'appui de ses dires, de nombreux documents radiographiques absolument convain-cants.

Les partisans de l'hypothèse embryologique basent leurs argumentations sur le fait que l'intestin du fœtus qui, durant les premiers mois de la vie intra-utérine était resté médian, subit du cinquième au neuvième mois un accroissement rapide qui peut être à l'origine des malformations du côlon. La rotation et la fixation du canal intestinal seraient des facteurs éventuels d'allongement colique.

BIANCHI (1925) signale « l'importance des vices de position congénitaux dans la pathologie du gros intestin » et cite un cas d'allongement de l'anse sigmoïde consécutif à une insuffisance de rotation du cadre colique, avec un cœcum haut situé. Ce dernier point semble cependant sujet à caution, car on trouve plus fréquemment des cœcums bas situés dans les dolichosigmoïdes (CHIRAY).

On attribue parfois aussi le dolichocôlon à une anomalie de fixation. « L'accroissement trop rapide du « mésocôlon pourrait, par exemple, empêcher la fixation et expliquerait en même temps l'allongement « excessif de l'anse correspondante » (CHIRAY). Plusieurs auteurs ont cité des cas de dolichocôlons à cœcum fixé à gauche (ZORZI, SANERBECK, MOLLER).

D'autre part, la longueur excessive et la mobilité de certains mésos (type de méso mobile et long de Grégoire), notamment le méso sigmoïde, peuvent être à l'origine de dolichosigmoïdes. LARDENNOIS (1914) signale l'importance de ces sortes de mésos dans la pathogénie des dolichocôlons : « En général, à un côlon allongé est adapté un méso long et flottant qui laisse à l'intestin une mobilité excessive. Si le méso reste court, l'intestin est obligé de se plisser en replis onduleux. C'est l'exception. Hors le cas d'adhérences drues de péricolite inflammatoire, les mésos allongés permettent à l'intestin de décrire une longue boucle déformée par quelques accollements, par quelques

tractus allant du méso à une frange ou à un bord intestinal. Si l'on sectionne ces fins tractus, si les accollements sont libérés, l'anse dolichocolique se déploie en une courbe régulière ».

II. — *Hypothèse de l'origine infantile ou post-embryologique.*

MARFAN, constatant que la longueur de l'intestin du nouveau-né était considérable et de beaucoup supérieure à celle de l'intestin de l'adulte, fit de la persistance de cette disposition infantile l'origine des dolichocôlons.

LARRYMORE (1926), critiquant cette opinion, démontra que le grêle seul participait à cet allongement démesuré, à l'exclusion du gros intestin qui, au contraire, subissait peu de variations de l'enfance à l'âge adulte ; que ces variations étaient pratiquement négligeables et étaient surtout localisées au sigmoïde. La thèse de la persistance d'une disposition infantile était dès lors nettement infirmée.

Que conclure de cet ensemble de théories ? A notre avis, aucune ne résout le problème pathogénique des dolichocôlons, parce qu'elles n'envisagent chacune qu'un des aspects de la question.

Un fait s'impose : l'entité anatomique du dolichocôlon, amplement démontrée par les travaux de FLEISCHMANN, de TRÈVES et de WALTHER. Journellement d'ailleurs, la radiologie confirme cette existence. Depuis que LARDENNOIS et AUBOURG ont attribué aux anomalies de longueur du gros intestin le terme de « dolichocôlons » et précisé la technique radioscopique à suivre pour mettre ceux-ci en évidence, rien n'est devenu plus facile que d'examiner à l'écran une anse dolichocolique.

Il semble que le développement de ces anses soit

facilité par certaines prédispositions d'ordre anatomique. A la faveur d'une variation des mésos, soit dans leur hauteur, soit dans leur fixation à la paroi, une anse intestinale pourra se distendre ou se couder. Ces allongements, plicatures ou coudures, auront un aspect différent suivant leur localisation le long du cadre colique.

Faisons appel à quelques commémoratifs anatomiques concernant les moyens de suspension ou de fixation des côlons dans la cavité abdominale.

Normalement, le côlon ascendant est accolé directement au péritoine pariétal. Embryologiquement, un mésocôlon ascendant réunissait la portion intestinale à la paroi. La persistance d'un reste de ce mésocôlon peut intervenir dans la genèse d'un dolichocôlon droit et entraîner des coudures.

Il n'en est pas de même du côlon transverse, relié en avant à l'estomac par la lame antérieure du grand épiploon et en arrière à la paroi par la lame postérieure de celui-ci accolée au mésocôlon transverse. Cette suspension entre deux lames péritonéales engendrerait, au dire de CHIRAY, « plus facilement des ptoses que de véritables dolichocôlies ».

Le côlon descendant, à l'instar du côlon droit, est fixé directement à la paroi. Cependant, un défaut de coalescence entre le péritoine pariétal et le mésocôlon descendant peut entraîner une persistance partielle de celui-ci, qui sera à l'origine d'un dolichocôlon descendant.

Quant à l'anse sigmoïde, fixée en bordure du mésocôlon pelvien, elle sera d'autant plus mobile et plus allongée que le méso sera plus long et plus haut inséré. Cet allongement et cette mobilité favoriseront l'évolution ultérieure d'un dolicho-sigmoïde avec éventuellement tendance au volvulus.

Une fois l'anse anormale constituée, apparaît toute

une série de manifestations pathologiques qu'il est classique de considérer comme formant la symptomatologie des dolichocôlies. Ce sont : la stase intestinale, la pneumocôlie, et les crises douloureuses abdominales à type subocclusif. Cette triade symptomatique se complique parfois de volvulus, ou de lésions inflammatoires, telles que les adhérences ou la côlite entraînant des hémorragies.

On peut se demander s'il n'y a pas un rapport étroit, une relation de cause à effet, entre la malformation anatomique d'une part et les manifestations pathologiques d'autre part.

Cette question a soulevé deux opinions nettement opposées. Les uns, avec LOEPER et TAUZAN, ne voient dans le dolichocôlon qu'une curiosité anatomique qui n'a aucun rapport avec les troubles pathologiques qu'on a coutume de lui attribuer ; les autres, avec CHIRAY, voient dans le dolichocôlon une entité clinique définie.

Pour LOEPER et TAUZAN, il n'existe pas de manifestation clinique spécifique des dolichocôlies, aucun des éléments de la triade symptomatique n'étant constant ou exclusif.

A la constipation, ils opposent les formes diarrhéiques presque aussi fréquentes, ces fausses diarrhées paradoxales décrites par MATHIEU et plus tard par RICHET ; ou bien encore les selles régulières des individus qui voient journellement leur trop plein colique, et qui, malgré la présence d'un dolichocôlon, prétendent n'avoir jamais présenté de stase intestinale.

Il en est ainsi des autres symptômes. Les crises pseudo-occlusives « ne surviennent que dans une période peu avancée et sont des éléments bien tardifs de diagnostic. Bien des cas de dolichocôlon avéré entrent dans la période pathologique sans jamais avoir présenté de crises pseudo-occlusives ».

Ce serait également un tort d'attribuer exclusivement la pneumocôlie à un allongement du gros intestin. Elle pourrait tout aussi bien tirer son origine d'une insuffisance de résorption des gaz par déficience hépatique ou par paresse de la circulation porte.

Quant à la tolérance aux lavements, ce serait « affaire d'intestin où l'allongement organique n'est point encore compliqué de spasme. Celui-ci arrive tôt ou tard et substitue la protestation à la tolérance ». Et ce serait là l'origine des phénomènes douloureux, faisant défaut dans les formes au début, et le plus souvent déclanchés par des thérapeutiques brutales ou intempestives.

Dès lors, la conclusion s'impose : les allongements coliques ne seraient que des anomalies anatomiques, facteurs de gêne dans le transit intestinal, se manifestant à l'occasion d'une complication quelconque.

CHIRAY, LOMON et ROSANOFF ne partagent pas ces conceptions. Pour eux, la triade symptomatique « conserve toute sa valeur et permet d'affirmer l'existence de la maladie ». Le fait d'en isoler chaque élément et de démontrer sa non-spécificité, ne prouve pas que ce groupement soit sans valeur.

NOBÉCOURT, BRODIN, CARNOT reconnaissent l'importance de cette triade dont la signification sémeiologique leur apparaît comme évidente. KAUTOR signale la constance de ces symptômes dans les affections dolichocoliques : Stase intestinale dans 75 % des cas, pneumocôlie dans 72 % des cas, et crises douloureuses abdominales dans 60 % des cas.

A l'objection de LOEPER : « Le dolichocôlon est une malformation et non une maladie, il ne devient maladie que quand il se complique de côlite », CHIRAY répond qu'il y a lieu de distinguer entre la période latente et la période patente dans l'évolution d'un

dolichocôlon. Cependant, même durant la période de latence, les allongements coliques ne restent pas absolument silencieux. Si l'on scrute attentivement l'histoire de la maladie, on s'aperçoit qu'antérieurement celle-ci s'est manifestée pendant des périodes d'une durée variable. Le malade présentait alors soit de la constipation, soit du météorisme abdominal. Comme l'anse dolichocolique n'avait pas encore atteint de dimensions considérables et propres à entraîner des troubles importants du transit, on conçoit que ces légers symptômes soient passés inaperçus et aient rapidement cédé à une purgation légère. Plus tard, avec la cœlite apparaîtra la période patente, mais à ce moment le diagnostic ne présentera guère de difficultés.

« Pourquoi refuserait-on, dans ces conditions, de reconnaître une entité morbide aussi nettement individualisée ? » conclut CHIRAY. Cette maladie présente une anatomie toute particulière, une physiologie pathologique caractéristique et une thérapeutique autonome et efficace dans la grande majorité des cas. Tout au plus, l'apparition de la cœlite accentuera-t-elle des phénomènes pathologiques déjà préexistants, et confirmera-t-elle une individualité clinique qui s'est manifestée depuis longtemps.

Nous nous rangerons à l'avis de CHIRAY. Pour nous, le dolichocôlon est une entité anatomo-clinique et nous allons essayer de démontrer qu'elle est due à des troubles de la motricité intestinale, favorisés par une prédisposition anatomique : anomalie de fixation ou de longueur des mésos.

Deux alternatives se présentent qui correspondent aux périodes latente et patente de CHIRAY. Ou le dolichocôlon reste cliniquement muet et passe inaperçu ; ou bien apparaît la triade symptomatique correspondant à certains troubles caractérisés des côlons.

Comment expliquer cette latence d'un dolichocôlon constitué et éventuellement mis en évidence par une radiographie ? Il nous semble qu'on puisse l'attribuer à une bonne musculature intestinale. Sans doute, anatomiquement l'intestin est-il allongé, mais les contractions se font normalement et l'évacuation de ce fait ne présente aucun trouble.

Au contraire, dès l'apparition de la triade symptomatique, on peut affirmer que la motricité intestinale est atteinte. On constate à l'écran radioscopique que le transit se fait sur un mode anormal que CHIRAY dénomme avec justesse le « transit anarchique ». En effet, le bol fécal qui, normalement sous l'action des contractions et du péristaltisme intestinal, devrait progresser d'un mouvement continu et s'évacuer en masse, progresse par saccades, subit des périodes de stase assez prolongées et s'évacue par fractions plus ou moins importantes, mais à intervalles assez éloignés.

Ces troubles de la motricité intestinale entraînent un certain nombre de désordres. Sous l'action des gaz accumulés, l'intestin se distend, c'est la pneumocôlie. Cette pneumocôlie entraînera la stase des matières en amont, généralement dans le côlon droit. C'est le phénomène bien connu des bulles gazeuses arrêtant la circulation d'un liquide dans un tube quelconque. Cette stase se produira d'autant plus aisément que l'intestin présente un certain degré d'atonie musculaire.

Si le dolichocôlon favorise la stase, celle-ci à son tour accentuera la déformation dolichocolique. L'intestin distendu et étiré à l'état permanent finira par perdre toute tonicité. Cette atonie ne sera pas localisée à l'anse dolichocolique puisque le transit à ce niveau n'est pas modifié et parfois même accéléré (CHIRAY), mais elle s'étendra à tout le cadre colique.

Puis apparaîtront les complications, côlite avec débâcles abondantes succédant à des crises subocclusives, péricolite plastique, mésosigmoïdite rétractile, dues à la stase au niveau d'un segment colique et aux fermentations et putréfactions des fèces à ce niveau. Ces complications, la plupart du temps, attireront l'attention et feront poser le diagnostic.

On conçoit l'importance de ce rapport entre l'état moteur de l'intestin et l'apparition de signes pathologiques. Un dolichocôlon qui ne se laisse pas distendre et dont les contractions sont normales, ne présentera pas de signes pathologiques.

Dans ce cas, l'épreuve radiologique du lavement montre un gros intestin dont la contenance ne dépasse guère celle d'un intestin normal. Il n'en est pas de même pour certains dolichocôlons atoniques dont la capacité dépasse parfois trois et même quatre litres sans qu'il y ait pour cela mégacôlon.

Cette répercussion des troubles de la motricité intestinale sur la pathogénie des affections dolichocoliques est encore mise en évidence par l'action thérapeutique de diverses substances.

Certains traitements médicamenteux et notamment le traitement de Girault, ont entraîné parfois, en plus de l'amélioration des manifestations pathologiques, une régression des anses allongées. Ces faits ont été signalés par GIRAULT (1925), CHIRAY (1931), AUBOURG (1932), BERNARD (1933). Le traitement de Girault s'adresse surtout à la musculature intestinale. Composé de podophylle dont l'action cholagogue excite les fibres lisses, de lin provoquant une action mécanique, de gratiole de Bryone et de baies de Nerprun provoquant des mouvements péristaltiques, il semble particulièrement apte à régénérer les fonctions de motricité du côlon.



Dolicho-sigmoïde avec aérocèle



Dolicho-sigmoïde avec anse située sous l'angle hépatique

Cette aptitude des dolichocôlons à se modifier morphologiquement sous l'action d'un traitement approprié semble particulièrement bien démontrée dans l'observation publiée par AUBOURG (1932). Il s'agit d'un malade observé à vingt ans de distance, pour troubles diochocoliques.

Le premier examen date de 1912. Le malade, âgé de 5 ans, présentait, à cette époque, un dolichocôlon pelvien, un dolichocôlon iliaque et un dolichocôlon descendant. En somme un allongement généralisé à tout le cadre colique gauche. Un traitement fut institué : lavements, régime alimentaire et port d'une ceinture. Une amélioration s'en suivit qui se prolongea jusqu'en 1919.

A cette époque, de nouveaux troubles se manifestent. Nouvel examen radiologique en 1932 qui permet de constater la persistance du dolichocôlon pelvien. La disparition du dolichocôlon iliaque, la disparition du dolichocôlon descendant et l'apparition d'un dolichocôlon transverse.

Deux faits semblent ressortir de cette observation : d'une part, la possibilité de régression d'un dolichocôlon sous l'action d'une thérapeutique appropriée ; d'autre part, le développement éventuel d'un dolichocôlon chez l'adulte, ce qui infirme l'hypothèse congénitale des dolichocôlons.

L'influence des troubles de la motricité dans la genèse des dolichocôlons semble donc bien démontrée. Quel peut être le mécanisme de ces troubles de la motricité ?

ALVAREZ (1922), étudiant le processus digestif, établit d'abord que les contractions rythmiques de l'intestin seraient une propriété du muscle intestinal. Le système nerveux autonome (plexus d'Auerbach) contrôlerait automatiquement ces mouvements et les

coordonnerait. Mais ce système nerveux autonome serait lui-même sous la dépendance des systèmes sympathique et para-sympathique.

Pour KEITH, il existerait un tissu nodal au niveau duquel les cellules nerveuses entreraient en contact avec les fibres musculaires lisses. Ce tissu nodal aurait en effet été rencontré dans certaines zones de l'intestin, « notamment là où celui-ci présente un état habituel de contraction. Ce tissu nodal dirigerait tout l'automatisme intestinal ». (CARNOT et GLÉNARD).

On conçoit dès lors la répercussion que peut avoir la moindre lésion localisée sur l'ensemble de l'intestin par l'intermédiaire de ce système nerveux autonome et les perturbations qu'un processus pathologique quelconque peut entraîner dans le transit intestinal en modifiant le rythme des contractions.

Le système nerveux vago-sympathique peut également intervenir dans la pathogenèse des dolichocôlons, soit directement, soit par un mécanisme réflexe. CARNOT signale l'importance de ce système sur le fonctionnement intestinal : « Si le système nerveux intra-intestinal est susceptible d'entretenir et de régulariser les mouvements rythmiques de l'intestin (qui sont une qualité proprement musculaire) le rôle coordinateur général est dévolu aux rameaux du plexus solaire où viennent se mélanger la plus grande partie des nerfs pneumogastriques et sympathiques... D'autre part, les nerfs ont charge de mettre la motricité intestinale en harmonie avec le fonctionnement de tout le reste de l'organisme ». Une lésion organique pourrait, de ce fait, avoir une action, par l'intermédiaire du système sympathique ou para-sympathique et par répercussion sur le plexus d'Auerbach, ou sur les centres nodaux de Keith, sur les fonctions motrices de l'intestin.

Evidemment, des lésions cérébrales ou médullaires pourront entraîner des troubles intestinaux et être à l'origine d'une affection dolichocolique. Mais ces faits sont rares. BENSAUDE, CAIN et LAYAMI citent le cas d'un malade de 16 ans présentant des troubles dyspeptiques avec douleurs de la région sous-hépatique : grands vomissements intermittents, balonnements et rejet de gaz par l'anus. L'examen radiologique mit en évidence un dolichomégacôlon. Ce malade avait, à 14 ans, fait une encéphalite épidémique. Les auteurs attribuent le développement de ce dolichomégacôlon « à des troubles complexes neuro-musculaires d'origine encéphalitique ».

La coïncidence entre la présence d'un dolichocôlon et des lésions des glandes endocrines ont fait penser à la possibilité d'une action endocrinienne sur les allongements coliques. Mais ces cas sont peu fréquents. Un fait est cependant démontré : c'est que certains extraits opothérapiques ont une action thérapeutique manifeste dans les dolichocôlons et en particulier l'hypophyse qui exerce un pouvoir d'excitation très marqué sur les fibres lisses de l'intestin (RICHET, CARNOT, GLÉNARD, HOUSSAY, Léopold LÉVI). CARNOT et GLÉNARD citent le cas d'une « femme obèse, à dolichocôlon, qui ne va spontanément à la selle que tous les dix jours, chez qui les purgatifs ne donnent que de mauvais résultats, et qui, depuis trois mois, ne va régulièrement à la selle, en évitant les crises d'obstruction, qu'après injections sous-cutanées de post-hypophyse.

Il est possible qu'une déficience endocrinienne intervienne dans la genèse d'un dolichocôlon. Mais actuellement la question est loin d'être résolue. CARNOT signale cependant un cas de dolichocôlon chez un malade atteint d'une tumeur de l'hypophyse.

Faut-il attribuer les dolichocôlons à une insuffisan-

ce hormonale intestinale ? On a signalé l'existence d'une hormone péristaltique duodénale (HENRIQUEZ, ZUELZER, DORHN, MARXER, BION). Cette hormone provoquerait une importante vaso-dilatation et des contractions intestinales très énergiques. Mais, quant à attribuer les stases intestinales et les allongements segmentaires coliques à une insuffisance de l'hormone péristaltique-duodénale, rien n'est moins prouvé.

On objectera peut-être que les troubles de la motricité intestinale interviennent dans d'autres affections que dans les dolichocôlons, et qu'on peut observer, même avec un intestin anatomiquement normal, de la stase, une dilatation éventuelle sous l'action mécanique d'un lavement opaque et de l'aerocôlie. Ceci nous semble indiscutable, mais ce qui fait l'importance de ces facteurs dans le diagnostic d'un dolichocôlon, c'est leur constance. On est loin de retrouver dans les autres affections intestinales cette triade symptomatique avec la même fréquence. D'autre part, les complications, notamment le volvulus, sont plus particulièrement l'apanage d'une affection dolichocolique.

Enfin l'atonie musculaire présentera, du fait de l'existence d'un dolichocôlon, des conséquences plus importantes et susceptibles de modifier le pronostic.

Le dolichocôlon est, sans contredit, une entité anatomo-clinique. Conséquence d'une modification dans le processus moteur intestinal, soit atonie, soit troubles de la contractilité musculaire, il semble favorisé par une prédisposition anatomique. Quant au mécanisme de ces troubles, l'état actuel des données de la physiologie des côlons ne permet pas de sortir du domaine de l'hypothèse.

SYMPTOMATOLOGIE

Il existe en principe un type clinique de dolichocôlon à triade symptomatique spécifique. En fait, on rencontre des dolichocôlons qui présentent cliniquement toute une gamme de variétés. Cependant, il faut le reconnaître, toute affection dolichocolique, quelle que soit la forme clinique qu'elle présente, rappelle le type classique par un ou plusieurs de ses symptômes. Nous allons tout d'abord envisager le syndrome dolichocolique typique, puis nous nous efforcerons d'étudier et de classer les autres formes d'après leurs symptômes prédominants.

Forme clinique typique

Le syndrome dolichocolique évolue en deux temps : d'abord une période de latence de durée variable, puis une période d'état où les symptômes atteignent leur maximum d'acuité.

Durant la période de latence, on se trouve fréquemment devant une symptomatologie fruste. Tantôt le malade est simplement constipé et ne peut aller à la selle sans adjuvants, tantôt il ressent de vagues douleurs abdominales sans localisations précises. Parfois,

c'est un dyspeptique avec anorexie, régurgitations, flatulences, sensation de gêne au niveau du creux épigastrique et qui attirera plutôt l'attention du médecin sur son estomac que sur son intestin.

Ces malaises, initialement peu gênants, s'accroissent soit brusquement, soit au contraire très progressivement. Puis, d'autres phénomènes se surajoutant, le médecin est amené à soupçonner un dolichocôlon. Le malade est entré dans la période d'état.

C'est alors qu'apparaît la triade symptomatique classique : Constipation, pneumocolie et crises douloureuses.

La constipation

Signalée par la majorité des auteurs (CRUVEILHIER, BENSANDE, CASSOUTE, GIRAUT, NOBECOURT, BROUSSE, CARNOT, REICHENECKER, CHIRAY, BERNARD), elle constitue le symptôme cardinal des dolichocôlons.

Symptôme précoce et souvent solitaire pendant très longtemps, la constipation s'installe fréquemment chez les sujets très jeunes et il n'est pas rare de la constater dans la première enfance. Cette constipation persistante, opiniâtre, mettant le malade dans l'impossibilité d'aller à la selle durant des semaines, doit faire penser au dolichocôlon. Et fréquemment, un examen radiologique ultérieur confirme cette hypothèse.

OBSERVATION I (*Service du Docteur Bernard*)

L... Gérard, 16 ans. Constipation opiniâtre depuis deux ans. Une selle copieuse tous les quatre à quinze jours. A été constipé parfois vingt à vingt-trois jours. Pendant ces périodes, le malade se plaint de céphalées, d'incapacité au travail

intellectuel. L'exercice et l'ingestion de mucilage atténuent la constipation et donnent une selle irrégulière tous les quatre à huit jours, selles dures avec émission douloureuse.

Appendicectomie il y a un an.

Un lavement baryté montre un dolichosigmoïde avec aérocolie intense de l'S sigmoïde et du côlon descendant. (Graphie):

Un traitement de trois lavements électriques et de 27 séances de courant continu ne donne aucun résultat.

Le traitement d'Alban Giraut amena une selle tous les deux à quatre jours, d'autant plus facile que le malade faisait des exercices physiques.

Mais la vie sédentaire de la pension ramène une constipation de dix à quinze jours avec céphalée.

Dolichosigmoïde mono-symptomatique.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

C... Auguste, 27 ans, instituteur. Constipation opiniâtre depuis l'enfance. N'a jamais pu aller à la selle sans adjuvants. Actuellement, cette constipation semble aller en augmentant et le malade peut parfois rester plus de quinze jours sans aller à la selle.

Examen somatique : néant. Urines normales. Tension artérielle : 12 — 7.

L'examen radioscopique après lavement baryté montre l'existence d'un dolichosigmoïde.

Conclusion : Stase intestinale chronique avec dolichosigmoïde.

Traitement : Lavements avec graine de lin, bourdaine, recto-panbiline.

Un an après, amélioration légère : selle tous les deux jours, mais le malade est toujours constipé. Ceci vient de ce que le malade supporte mal la thérapeutique qui provoque chez lui des troubles gastriques.

OBSERVATION III (*Service du Docteur Bernard*)

W... Maurice, 61 ans. Constipation opiniâtre depuis l'âge de 20 ans ; céphalées fréquentes. A suivi des cures multiples à domicile, à Brides, Châtelguyon, Plombières et Pougues.

Malade ayant la phobie de la selle quotidienne dont il donne des détails multiples. Arthrite chronique douloureuse et déformation des genoux et des poignets.

Un lavement baryté a montré, le 4 juillet 1929, un dolichocôlon sigmoïde dont le sommet de l'anse atteint l'angle hépatique (Graphie).

Grosse amélioration par le traitement de Giraut.

En somme, dolichosigmoïde mono-symptomatique (constipation) avec polyarthrite.

OBSERVATION IV (*Service du Docteur Bernard*)

Lucie Fernande. Dolicho-megacôlon avec tuberculose pulmonaire. Malade de 29 ans 1/2, se présente au Dispensaire pour constipation. Une selle tous les douze à vingt jours. Anorexie, amaigrissement.

L'examen somatique permet de remarquer que la malade a 39°5 de fièvre et qu'elle présente les râles très fins aux deux sommets. La radio montre des pommelures généralisées aux deux poumons.

Un lavement baryté déroule une anse sigmoïde dont la boucle remonte jusqu'à l'angle splénique : Le calibre du côlon est très augmenté ce qui permet de penser à un dolichomégacôlon.

On remarque chez certains malades une alternance des phases de constipation avec des périodes de fonctionnement régulier de l'intestin. En fait, bien souvent ceci n'est qu'une apparence : le sujet ne vide pas son intestin. Il évacue le trop plein de son anse colique mais la stase intestinale persiste.

OBSERVATION V (*Service du Docteur Bernard*)

D... Emile, 54 ans. Depuis quatre mois, constipation opiniâtre, alternant brusquement avec des habitudes de selles

régulières. N'obtient de selles liquides qu'avec purgation et au prix d'une colique d'une durée de deux à quatre heures. Anorexie. A maigri de 1 kil. 500 en douze jours.

Examen abdominal et rectal normal.

Le transit gastro-intestinal était retardé : trois jours pour la traversée totale alors que douze heures avaient suffi pour atteindre l'angle splénique. La stase avait donc lieu bien en aval de l'angle colique gauche.

Le lavement baryté a montré un dolichosigmoïde dont la bouche à angle aigu atteint presque l'angle splénique avant de retomber dans la fosse iliaque gauche. La traversée de l'S iliaque a été particulièrement longue et pénible.

Il arrive parfois que, brusquement, ces crises prolongées de constipation se terminent par une débâcle intestinale spontanée et extrêmement abondante. Le malade rend alors une quantité considérable de matières molles, liquides et d'une odeur repoussante. Parfois aussi les selles se présentent sous forme de petites masses dures ou scybales.

OBSERVATION VI (*Bonsaude et Monod*)

M^{me} Cros..., 58 ans. Constipation depuis dix à douze ans. A intervalles irréguliers, débâcles de fausse diarrhée : matières en petites masses dures. Grosses hémorroïdes intestines.

Radioscopie le 17 février 1930. Lavement deux litres. Dolichocôlon, double circonvolution du sigmoïde ; sommet de l'anse dans le Douglas : angle du côlon iliaque avec diverticulite très apparente.

Rectoscopie : Matières molles et jaunes après lavement d'huile.

Rien à signaler depuis treize ans.

Une des caractéristiques de cette constipation, c'est sa résistance aux thérapeutiques habituelles : laxatifs ou purgatifs. Par contre, elle s'accommode fort bien

des lavements, d'ailleurs beaucoup plus efficaces. La tolérance des intestins dolichocoliques à l'abondance du liquide est remarquable.

OBSERVATION VII (*Personnelle*).

T... Marthe. Contipation opiniâtre depuis quatre ans. Ne pouvait aller à la selle il y a trois ans, qu'avec des lavements de deux litres de décoction de graines de lin. Actuellement prend de l'huile de ricin chaque jour.

Malade légèrement asthénique.

Examen somatique : Cœur, poumons normaux. Foie, reins normaux ; urines : o.

Tension artérielle : 15,5 — 8.

L'examen radiologique de l'intestin après lavement baryté.

Montre un dolichocôlon pelvien avec ptose importante du transverse.

Nous soumettons la malade au traitement de Giraut.

Six mois après, amélioration nette. Le dolichocôlon, après lavement baryté, semble moins long, mais la ptose du transverse persiste.

Chez certains malades, la constipation revêt une forme paroxystique : à une période de selles à peu près régulières succède brusquement une constipation qui dure un temps variable et qui s'accompagne de météorisme abdominal, d'émission de gaz extrêmement pénible et parfois aussi de quelques douleurs. La crise se termine par l'émission spontanée de selles liquides.

OBSERVATION VIII (*Bensaude et Monod*)

M. Abou..., 85 ans. Constipation depuis de longues années. De temps à autre, légères douleurs avec ballonnement localisé. Rien à signaler par ailleurs. Actuellement toujours constipé, gêné pour expulser les gaz, une petite selle molle par jour lors-

qu'il prend des laxatifs. Douleurs ayant présenté un maximum il y a un an ; deux jours de constipation, douleurs vives puis quelques selles spontanées liquides et fermentées.

Depuis, douleurs évoluant par crises tous les 12-15 jours.

Siège : fosse iliaque gauche ; météorisme généralisé amenant de la gêne de la respiration.

Fin décembre, une crise très violente ; durée : 2 à 3 heures.

Radiographie : Anse longue, type vertical.

Rectoscopie : 15 novembre 1930. Pénétration sans difficulté jusque 23 centimètres. Matières molles, pas de dilatation.

La pneumocolie

La pneumocolie se manifeste durant les phases de constipation. A l'examen du malade, on note « un météorisme abdominal permanent, puis des coliques gazeuses siégeant dans l'anse dilatée suivies d'une élimination plus ou moins abondante de gaz » (BERNARD).

LARDENNOIS et AUBOURG attribuent cette pneumocolie à une aérophagie secondaire. KANTOR invoque « des troubles vasculaires, coudure ou torsion des vaisseaux au niveau d'un méésentère trop long ». Pour CHIRAY, il s'agit d'une « rétention de gaz normaux causée par un obstacle à leur évacuation ou à une gêne de résorption au niveau de la muqueuse ». Cette pneumocolie donne radiologiquement des images caractéristiques.

OBSERVATION IX (*Lebon, Loubeyre, Blondeau*).

Un indigène de 45 ans, est examiné le 25 février 1932, pour des manifestations douloureuses de l'abdomen remontant à une douzaine d'années environ et qui se sont aggravées singulièrement depuis quelques mois à peine. A l'analyse, elles sont de deux ordres :

Les plus anciennes sont caractérisées par l'existence de crises intermittentes de subocclusion intestinale apparaissant quatre à cinq heures après les repas et consistant en des sensations de tiraillements, de plénitude abdominale, de barre constrictive à la base du thorax avec oppression accompagnée de bruits musicaux, de borborygmes qui laissent au malade l'impression que quelque chose se déroule dans son ventre en ce moment. Ces crises durent une heure à une heure et demie au plus. Elles se terminent par l'émission abondante de gaz par l'anus et par de nombreuses éructations. De tout temps d'ailleurs l'aérophragie et l'aérocôlie ont existé chez ce malade à l'état chronique. Il reste facilement 4 à 5 jours sans aller à la selle, parfois même davantage. Ces crises douloureuses coïncident avec une recrudescence de la constipation et disparaissent quand celle-ci s'améliore. Ces troubles... l'ont forcé depuis six mois à suspendre complètement son métier de boucher en même temps qu'apparaissaient des phénomènes douloureux d'un autre ordre.

Ceux-ci consistent en des douleurs prandiales... Il y a deux mois, les vomissements ont fait leur apparition à l'occasion d'une crise plus violente que de coutume. Pour la deuxième fois, ils ont repris la veille du jour où nous procédons à l'examen. Entre temps, il n'a pas vomi...

En raison des phénomènes subocclusifs, on penche vers l'hypothèse d'une sténose intestinale et l'on confie à l'examen radiologique le soin de la déterminer. Il réserve une surprise, puisqu'il découvre un dolichocôlon total avec megarectum et megacæcum, et un volvulus total de l'estomac... ».

Notre observation I signale également la présence de pneumocolie décelée à l'examen radiographique.

Les crises douloureuses

Elles se manifestent lorsque le dolichocôlon est arrivé à son évolution complète.

Elles débutent fréquemment à l'occasion d'un trouble quelconque : chute, voyage, traumatisme intesti-

nal léger (lavement trop brutal), parfois même sans cause précise.

La symptomatologie de ces crises varie quelque peu suivant qu'il s'agisse d'une forme fruste durant quelques heures ou d'une forme aiguë prolongée pouvant durer plusieurs jours.

Dans les *crises légères*, le malade présente de la constipation et une douleur parfois assez violente localisée au niveau de l'anse dilatée. Tout se termine par une débâcle intestinale avec abondante émission de gaz.

OBSERVATION X (*Service du Docteur Bernard*)

M. S..., 39 ans. Constipation opiniâtre, céphalée, hémorrhoïdes persistantes. N'a une selle que tous les huit à dix jours grâce à une purgation.

Douleur persistante dans l'hypochondre gauche avec crises aiguës suivies de débâcle.

Le lavement baryté a montré un dolichosigmoïde énorme dont la bouche remonte à l'angle splénique et est accolée au descendant. Aucune manœuvre ne peut l'en séparer et la palpitation en cette zone est très douloureuse.

Aucune amélioration de la constipation par le traitement médical.

Conclusion : Dolichosigmoïde avec péricolite et accolement irréductible de l'anse avec le côlon descendant.

Les crises aiguës prolongées prennent d'emblée un type pseudo-occlusif. Le malade présente un météorisme abdominal intense, des douleurs paroxystiques, un arrêt *incomplet* des matières et des gaz. Ce dernier caractère a une grande importance, car il permet, le cas échéant, d'éliminer l'hypothèse d'une crise occlusive vraie.

Les vomissements et la température sont relativement rares. Comme dans les formes légères, une débâcle intestinale accompagnée d'émission de gaz annonce la fin de la crise aiguë.

OBSERVATION XI (*Service du Docteur Beïnard*)

M... T..., 57 ans. Côlitique ancien avec constipation suivie de débacle diarrhéique. Est pris subitement le 26 juillet 1929 d'une violente douleur abdominale avec nausées, arrêt des matières et des gaz. Malgré cette douleur, fait un long voyage en chemin de fer, ce qui aggrave les symptômes. Mis en observation dans une clinique, le ventre se ballonne, la fièvre monte à 39°. Le chirurgien se refuse à intervenir.

Nous voyons le malade le 17 août : ventre très météorisé, paroi tendue, mais dépressible, matité fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal fait sentir une masse demi-molle enserrant le rectum et remontant dans l'abdomen. Il s'agissait d'un plastron péritonéal péricolmoïdien. Glace, sonde à demeure, accélèrent l'évacuation du côlon. Il a fallu six semaines pour que la résorption de la péricolmoïdite fut complète. Lavement baryté : dolichosigmoïde.

De septembre 1929 à mai 1930, quatre crises de subocclusion survinrent avec fièvre à 38°5 et d'une durée de six à dix jours.

Depuis lors, traitement diététique médicamenteux et deux cures à Châtelguyon ont évité toute rechute et ont permis de reprendre ses occupations.

Les auteurs sont d'avis différents quant à l'épine irritative qui déclanche ces crises.

Pour certains, il se produirait un volvulus au niveau du siège du dolichocôlon. Ceci nous paraît exceptionnel, et pour notre part nous n'avons jamais eu l'occasion de constater de cas semblables chez les malades que nous avons observés.

Dans notre observation IX, nous pensons que les crises ont été déclanchées par des lésions de péricolite inflammatoire. Mais en général, il semble qu'il s'agisse la plupart du temps d'un blocage momentané des matières et des gaz. Cet arrêt serait provoqué soit par la compression aérique d'une branche de l'anse dilatée sur une branche voisine (CHIRAY), soit par des coudures (BELOT).

FORMES CLINIQUES

A cette forme typique que nous venons de décrire s'ajoute un certain nombre de formes cliniques nettement différenciées d'après leurs symptômes prédominants. L'observation clinique permet de distinguer les formes dyspeptique, colitique, entéro-rénale, hépatovésiculaire, pseudo tumorale, hémorragique, rectale, familiale et fruste.

Cependant, tous ces types distincts quant à leurs manifestations, rappellent dans la plupart des cas la forme typique dont elles présentent initialement un ou plusieurs symptômes : constipation, pneumocolie ou crises douloureuses.

Forme dyspeptique

La forme dyspeptique se manifeste par des malaises épigastriques qui, généralement, se produisent au moment des digestions avec aérophagie, régurgitations et nausées. L'haleine est extrêmement fétide et la langue saburrale. Le malade accuse parfois une certaine constipation accompagnée d'un météorisme abdominal plus ou moins important.

L'examen radiologique du tube digestif décèle sou-

vent un dolichocôlon et le traitement de celui-ci entraîne fréquemment la disparition de tous les malaises précités.

Quel est le mécanisme de ces dyspepsies ? Sont-elles d'ordre réflexe au même titre que les dyspepsies d'origine appendiculaire ? Sont-elles d'ordre nerveux ? Cette dernière hypothèse est soutenue par CHIRAY : « Il faut savoir, déclare-t-il, chercher derrière la dyspepsie nerveuse une lésion organique qui peut être un dolichocôlon.

On peut également incriminer des phénomènes d'ordre purement mécanique et la compression de l'estomac par une anse colique dilatée peut indiscutablement créer des troubles à type dyspeptique.

Forme colitique

Contrairement au type classique, la forme colitique substitue à la stase intestinale chronique des symptômes dysentériques secondaires. Ces diarrhées profuses sont accompagnées de nausées et parfois même de vomissements. L'état général des malades est déficient, ceux-ci maigrissent, présentent de l'anorexie et sont parfois sujets à de légères poussées thermiques. A la palpation, on note une douleur nettement localisée. Une observation de Bensaude et Monod est, à cet égard, typique.

OBSERVATION XII (*Bensaude et Monod*)

M^{lle} Pin..., 26 ans, adressée par le Docteur BAUMGARTNER.

Opérée en 1925 pour appendicite aiguë. Constipée de plus en plus. Selles à intervalles irréguliers, en moyenne dix par jour. Une fois vingt et une.



*Arrêt de la baryte à la fin du descendant, quatre ans après résection
d'un dolicho-iliaque (péricolite post-opératoire).*



*Rétablissement du transit baryte après 8 jours de traitement belladonné -
aérocolie en amont de l'obstacle cicatriciel.*

Traitements divers. Lavements sans effet. Douleurs abdominales surtout dans le flanc gauche et la fosse iliaque gauche ; constantes avec recrudescence une heure et demie après les repas.

Nausées légères. Pas de ballonnement localisé.

Règles régulières. Bronchite ancienne.

Radiographie : 30 novembre 1925. Gros cæcum mobile avec stase depuis 1925. Stase générale de 70 heures. depuis 1925. Stase générale de 70 heures.

Dolichocôlon à double boucle.

Rectoscopie : Dolichocôlon : pénétration jusqu'à 20 centim. sans augmentation de largeur.

Traitement médical : Lavements d'huile. Electrothérapie.

Sera opérée si le traitement médical n'amène pas d'amélioration.

Forme entéro-rénale

Certains dolichocôlons sont accompagnés de douleurs rénales avec urines purulentes et sensibilité des points urétéraux. L'intensité des phénomènes urinaires est telle qu'elle en arrive parfois à masquer les symptômes intestinaux. Seule une radiographie permet de déceler l'allongement anormal d'une portion colique.

OBSERVATION XIII (Chiray)

M^{me} Din..., 35 ans. Vue pour un dolichocôlon gauche déterminant des symptômes intestinaux et rénaux. Cette malade avait été envoyée par la clinique d'urologie de l'Hôpital Necker pour des « troubles coliques accompagnant une pyélonéphrite qui semble actuellement atténuée ».

La malade est constipée depuis plusieurs années et, depuis six mois environ, souffre de débauches diarrhéiques. Il y a une quinzaine de jours, cette femme a présenté une poussée de pyélonéphrite, avec pyurie et même hématurie. Elle a maigri de 12 kilos environ, reste très fatiguée, et se plaint d'un point douloureux dans la région de l'angle colique gauche.

Examen : Le ventre est flasque avec une ptose généralisée des organes. On observe un clapotage marqué dans la partie

supérieure gauche de l'abdomen, clapotage peut-être gastrique ou peut-être colique. La langue est blanche, l'état général mauvais. La malade a un facies d'intoxiquée.

On fait le diagnostic de stase intestinale chronique avec un syndrome entéro-rénal.

Examen radiologique : On ne voit rien d'anormal par voie haute, mais le lavement opaque révèle un énorme dolichocolon gauche avec plusieurs coudures.

Forme hépato-vésiculaire

Dans cette forme, le symptôme capital est l'ictère survenant après une crise douloureuse. La présence de l'ictère avec vive sensibilité du point vésiculaire autoriserait parfois à poser le diagnostic de cholécystite. Cependant, dans la plupart de ces cas, les signes colitiques sont suffisamment nets.

Les symptômes vésiculaires se manifestent fréquemment après une crise abdominale douloureuse, d'origine dolichocolique. Ceci est à rapprocher des réactions classiques des affections chroniques de l'intestin sur le foie et notamment sur la vésicule biliaire.

Le malade dont l'observation suit présentait, quand nous l'avons examiné, un ictère caractéristique.

OBSERVATION XIV. (*Service du Docteur Bernard*)

M^{lle} B... Emilie, 54 ans.

Vue le 12 avril 1932, pour crise douloureuse datant d'un mois et ayant duré 24 heures. Douleur abdominale accompagnée de diarrhée et de melœna suivie d'ictère.

A signaler, une constipation opiniâtre depuis plus de vingt ans.

Examen somatique : ne montre aucune anomalie viscérale.

Toucher rectal : o.

Foie et rate normaux.

Tension : 13 — 8.

Urines troubles.

Radio : Cœur et poumons : o. Estomac : ni ptosé, ni déformé. Contractions normales. Evacuation totale en 1 h. 30. En 31 heures, la tête de la colonne barytée a franchi l'anus. 48 heures après l'ingestion, tout le cadre colique est encore injecté. Sa longueur fait soupçonner un dolichocôlon.

De fait, pour injecter tout le côlon, il a fallu, à faible pression, 2 litres 500 de solution barytée. L'S sigmoïde décrit une large boucle qui refoule la moitié gauche du transverse vers le haut. Le transverse lui-même est démesurément long : sa moitié droite descend très bas dans la fosse iliaque droite et est accolé au cœco descendant sur toute sa longueur.

Conclusion : Dolicosigmoïde et transverse avec poussée de colite, -ictère et mélœna.

Forme pseudo tumorale

TALIA, à propos de cas de dolichocôlon à symptomatologie rare, relate une observation de MAESTRINI et MUSI dans laquelle ces auteurs signalent avoir perçu au palper abdominal d'un malade atteint de dolichocôlon, une masse très sensible dans la fosse iliaque gauche. Cette pseudo tumeur était causée par de la péricolite adhésive.

Parfois, il peut s'agit d'un fécalome causé par une stase prolongée des matières en un point quelconque du côlon. CHIRAY cite un cas de dolichocôlon généralisé où la masse perçue était formée d'une part par le rein mobile et ptosée et, d'autre part, par l'angle colique distendu en contact avec le rein.

OBSERVATION XV (*Chiray*)

M^{me} D..., 30 ans. Vue en 1929 pour troubles intestinaux, dépression et neurasthénie causés par un dolichocôlon généralisé. Cette malade, qui souffre de constipation depuis l'enfance, se plaint, depuis quelques années, de douleurs abdominales et de troubles à type de colite. On avait fait d'abord le diagnostic de cholécystite. Le Docteur Bécart, en 1928, cons-

tate que le cæcum est gros, gargouillant et très douloureux, et qu'il y a, en outre, un point douloureux net dans la région vésiculaire. L'examen coprologique montre une bonne digestion dans l'ensemble, mais un abus des légumes verts celluloseux, une riche flore iodophile, des blastocystis et des amœba coli.

Le tubage duodénal ne révèle rien de spécial et la cholestylographie montre un état normal.

Ces troubles sont améliorés par un régime pauvre en cellulose, des vaccins buccaux, du stovarsol et le traitement général de la constipation.

Tout allait bien, quand survint une crise subocclusive avec arrêt des matières, diminution des gaz, fièvre modérée à 37°5 ou 38°, mais conservation d'un bon état général.

Examen : Au cours de cette crise, on constate l'existence d'une masse abdominale arrondie, lisse, sensible, située dans le flanc droit, sous le foie. Le toucher bimanuel renvoie cette masse de la main lombaire à la main abdominale. Il n'y a pas de contracture. On pense soit à une tumeur du cæcum, soit à une affection rénale, quoique l'examen des urines ne montre rien d'anormal.

Examen radiologique : L'examen à jeun, sans préparation spéciale, révèle une grosse distension gazeuse de l'intestin, véritable insufflation de la région médiane de l'abdomen, qui fait porter immédiatement le diagnostic de dolichocolon. L'image gastrique est déformée.

Le transit se montre à peine retardé. Des examens radiologiques successifs faits pendant le transit montrent que la masse normale, perçue par la palpation au contact de l'angle colique droit, en est relativement indépendante, bien que, en la mobilisant, on déplace indirectement l'intestin.

Lavement. — 3 litres 1/2 de liquide baryté sont nécessaires pour atteindre le cæcum et permettent de constater un dolichocolon généralisé. Les anses sont très mobiles et de gros diamètre, en particulier au niveau de l'ampoule, des deux angles et du colon droit.

Evolution : Des lavages intestinaux répétés amènent, avec des débâcles, la diminution progressive de la masse. Un nouvel examen radiologique montre alors que celle-ci est formée en partie par le rein ptosé et mobile, en partie par l'angle colique distendu en contact intime avec le rein. La distention colique disparue, on délimite nettement le rein.

Forme hémorragique

Dans cette forme, l'hémorragie peut être causée par deux facteurs distincts.

Tantôt il s'agit d'une hémorragie gastro-intestinale. MOLLER, TALIA, CHIRAY signalent la fréquence de ces hémorragies. Ce dernier en a observé chez un cinquième de ses malades dolichocoliques. Notre observation XIV signale un malade présentant des méloenas dans ses selles.

Tantôt il s'agit d'une poussée de colite ulcéreuse et, dans ce cas, on trouve des selles mélangées de glaires et de sang.

OBSERVATION XVI (*personnelle*)

M^{me} L... Marié, 56 ans, a ressenti, il y a trois mois, de violentes douleurs épigastriques qui sont rapidement disparues.

Il y a trois jours, la malade a remarqué dans ses selles une assez grande quantité de sang. De plus, elle accuse une forte douleur localisée au flanc gauche.

La malade est une constipée chronique. Elle ne se rappelle pas avoir jamais eu un fonctionnement intestinal régulier.

Examen somatique : néant.

Foie, rate = 0.

Toucher rectal : négatif.

Examen rectoscopique : muqueuse saine jusque 24 cm.

Examen radioscopique : après lavement baryté : présence d'un dolichosigmoïde assez développé.

A la graphie : anse sigmoïde très longue dont le sommet remonte assez haut et touche le transverse.

Forme familiale

Cette forme est assez rare. CHIRAY, CARNOT, BUTTERSACK, BENSAUDE, signalent plusieurs cas de dolichocôlons constatés dans une même famille. Les cas familiaux de malformations coliques ont d'ailleurs été signalés par différents auteurs, notamment dans la maladie de Hirschprung, mais ils sont exceptionnels.

Forme fruste asymptomatique

A toutes les formes que nous venons de décrire, on peut ajouter les formes frustes asymptomatiques où le dolichocôlon a complètement évolué en silence. C'est, la plupart du temps, à l'occasion d'une maladie intercurrente qu'on en fait le diagnostic.

OBSERVATION XVII (*Bensaude*)

Dolicho-mégacôlon sans symptômes cliniques.

H..., 41 ans, comptable.

Homme vigoureux dans les antécédents duquel on ne relève que des crises de rhumatisme articulaire aigu et deux angines herpétiques. Sa santé fut, à part cela, parfaite jusqu'en mai 1912. Ce fut à ce moment qu'il remarqua le léger suintement anal pour lequel il vint consulter ; de plus, il avait eu depuis quelque temps un léger amaigrissement.

A l'examen rectoscopique, on remarque :

1° Une petite ulcération bordée par deux bourgeons charnus, immédiatement au-dessus de la région sphinctérienne ; cela pouvait être l'origine d'une fistulette, sans qu'on puisse l'affirmer.

2° Une dilatation de l'anse sigmoïde, qui se montra environ deux fois plus large que normalement ; cette dilatation s'étendait aussi loin que le rectoscope pouvait le montrer.

Cette dilatation, relativement légère, équivalait à 2 ou 3 fois le diamètre de l'endoscope de 20 millimètres.

Un examen radioscopique fut aussi pratiqué. En donnant du bismuth, on obtint, au contraire, une image assez nette. Elle permet de noter une dilatation et surtout un allongement considérable de l'S iliaque, dont l'angle formé par la branche descendante se trouve dans la région splénique.

20 grammes de sous-nitrate de bismuth furent donnés tous les matins ; la sécrétion anale disparut. Le traitement fut continué pendant un mois.

En somme, malgré la dilatation et la longueur de l'anse sigmoïde, la traversée digestive paraît à peu près normale ; insistons d'ailleurs sur ce point que le sujet n'a pas de troubles digestifs, va à la selle très régulièrement, et n'était le suintement anal pour lequel il est venu consulter, ne se serait jamais inquiété de son état.

COMPLICATIONS

Deux grandes complications sont à redouter dans le processus dolichocolique : La péricôlite sous toutes ses formes (péricôlite plastique, mésosigmoïdite rétractile, pérисigmoïdite aiguë), et le volvulus.

Péricolite et adhérences

La péricolite se manifeste cliniquement par la disparition de la mobilité typique du dolichocôlon. Sous l'action d'un facteur inflammatoire quelconque, une réaction péritonéale se déclanche avec inflammation du côlon et parfois même suppuration (CARNOT). Des adhérences plus ou moins serrées se développent ultérieurement.

Ces adhérences peuvent être également causées par une affection étrangère au dolichocôlon. C'est tantôt une affection d'origine génitale (annexite), tantôt une épiploïte, parfois aussi une lésion appendiculaire.

Cliniquement, ces adhérences se manifestent par une douleur très localisée, permanente, s'exacerbant après la défécation et surtout résistant à la thérapeutique médicale (CHIRAY). TALIA signale un cas d'adhérences en masse ayant provoqué une sténose intestinale. Mais ces cas sont relativement rares.

Plus importante est la mésosigmoïdite rétractile.

WIRCHOW, RIEDEL, CHIRAY, lui attribuent une origine inflammatoire. Pierre DUVAL la rattache à une malformation anatomique du mésocôlon descendant et du mésosigmoïde. Quoi qu'il en soit, la mésosigmoïdite rétractile se manifeste par une constipation opiniâtre et par des crises à type subocclusif. Elle intervient fréquemment comme facteur de rétrécissement du mésosigmoïde et en particulier de son pied. Cette rétraction du collet semble être à l'origine du volvulus.

Volvulus

Le volvulus est une complication fréquente du dolichocôlon. Il siège, dans la plupart des cas, au niveau de l'anse sigmoïde. Il se manifeste secondairement au processus pathologique que nous venons de signaler : Lésion de péricolite rétractile, avec accolement des deux branches de l'anse causé par le rétrécissement du collet. C'est alors que se produit la torsion de l'anse sigmoïde. (POTAIN, ALGLAVE, FORGUE, CHIRAY, CARNOT).

On distingue deux périodes dans l'évolution du volvulus : Une période latente signalée par ROUX (de Lausanne), FORGUE, LECÈNE et CARNOT, caractérisée par du ballonnement intestinal, une constipation excessive et des crises douloureuses à type subocclusif. Ces prodromes correspondraient, pour certains auteurs, à la phase de mésosigmoïdite rétractile. Pour d'autres, il s'agirait de crises intermittentes d'un volvulus déjà constitué.

A cette période latente succéderait une phase aiguë, caractérisée par des signes d'occlusion, un météorisme abdominal intense, nécessitant d'urgence l'intervention du chirurgien.

OBSERVATION XVIII (*Lecène*)

M. X..., constipé habituel depuis sa première enfance, fut pris pour la première fois d'accident d'occlusion intestinale aiguë, due à un volvulus du côlon pelvien, en 1896. Il fut opéré à ce moment par mon maître, le Pr Hartmann, qui fit une laparotomie et détordit simplement le volvulus. Il guérit très bien de cette première opération.

Il devait déjà exister, à ce moment, une grosse dilatation du côlon pelvien, car, pendant les jours qui suivirent la détorsion opératoire du volvulus, le malade rendit par l'anus de grandes quantités de graines de lin, qu'il prenait depuis quelque temps comme laxatif.

Le 29 juin 1906, M. X..., qui *était toujours resté constipé* depuis la première opération et n'allait à la selle qu'avec des pilules laxatives, des purges et des lavements, fut pris de coliques très vives : son ventre se ballonna et il y eut arrêt complet des matières et des gaz, malgré purges et lavements. Je vis le malade le 1^{er} juillet 1906, quarante-huit heures après le début des accidents : il y avait, à ce moment, des crises de coliques très douloureuses, se répétant tous les quarts d'heure environ : le pouls était à 84, avec une intermittence environ tous les cinq ou six pulsations ; la température était légèrement fébrile (38°2, dans le rectum). Le ventre présentait un aspect très particulier : au milieu du ventre, au-dessous de l'ombilic, longue cicatrice opératoire, légèrement pigmentée : pas d'éventration à ce niveau. Sur la ligne médiane, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, on aperçoit une voussure régulière, étranglée à sa partie moyenne et présentant, dans son ensemble, l'aspect d'un volumineux sablier. A la palpation, cette sorte de tumeur bilobée peut être assez régulièrement délimitée sur les côtés ; elle présente une largeur de cinq travers de doigt au moins, dans sa partie la plus large : elle est très sonore, tympanique à la percussion : le reste du ventre est modérément ballonné, d'une sonorité très différente du son tympanique rendu à la percussion par la saillie centrale. En appliquant la main à plusieurs reprises sur la grosse tumeur médiane, on parvient à déterminer nettement des mouvements d'ondulation péristaltique. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Etant donné les antécédents du malade, le diagnostic d'occlusion aiguë probablement par volvulus récidivé, est aussitôt porté, et le malade opéré le soir même.

2^e Opération. — 1^{er} Juillet 1906, huit heures du soir : anesthesie chloroformique régulière. Incision médiane à travers l'ancienne cicatrice : le péritoine ouvert, on tombe sur une anse intestinale volumineuse appartenant au gros intestin : cette anse est extraite sur un lit de ompresses et on reconnaît de suite que c'est bien l'anse oméga qui s'est tordue de nouveau : le volvulus est d'un tour de spire complet, dans le sens contraire à celui des aiguilles d'une montre. On ne peut de suite détordre le volvulus, car, en avant, près de la cicatrice abdominale antérieure, *il existe une adhérence entre le colon pelvien et le péritoine pariétal antérieur* : il semble bien que c'est autour de cette adhérence, d'une part, et du méco-côlon, d'autre part, comme axe, que s'est faite la torsion : l'adhérence est sectionnée, et il est alors facile de détordre le volvulus : l'intestin a une paroi épaissie et œdémateuse : le méso sigmoïde est infiltré et présente des brides cicatricielles qui unissent les deux branches de l'anse oméga. On essaye ensuite d'évacuer, par des pressions progressives, le contenu de l'intestin ; malgré l'introduction d'une sonde rectale poussée le plus haut possible, on n'y parvient pas ; on fait alors une ponction aspiratrice de l'intestin distendu avec un trocart de l'appareil Potain : des gaz et des matières liquides sont évacuées en grande quantité, l'intestin s'affaisse ; on enfouit sous une bourse séro-séreuse l'orifice de la ponction intestinale et l'on referme le ventre sans drainer ; sutures en un seul plan, au fil d'argent. Dès le lendemain matin, évacuation abondante de matières liquides et de gaz par l'anus : à partir de ce moment, la convalescence est rapide et non interrompue. M. X... sort guéri opératoirement avec une cicatrice solide au bout de vingt jours.

Depuis cette opération jusqu'au mois de novembre 1908, M. X... se porte bien et vaque à ses occupations d'une façon régulière : *mais il est toujours très constipé* ; il fait un usage presque quotidien de l'huile de ricin, dont il prend, le soir, une cuillerée à café ; parfois, il a, dans la journée, une colique brusque qui n'est calmé qu'au bout de quelques instants, après l'émission de gaz par l'anus. En novembre 1908, M. X... reste pendant vingt-quatre heures sans aller à la selle ; il souffre de coliques répétées ; on lui donne un grand bain, puis une purgation énergique, et il se sent aussitôt soulagé.

Dans les premiers jours de janvier 1909, M. X... est repris de coliques plus vives et plus tenaces que d'habitude : le 4 janvier, il se sent plus mal, il a la sensation que son ventre

se ballonne et que les gaz ne passent plus. On lui administre, sans résultat, un lavement électrique ; les purges restent sans effet. Le 5 janvier, je le vois à midi : le ventre est météorisé et, au milieu du ventre, on retrouve cette saillie volumineuse à sonorité tympanique, en forme de sablier, que j'avais déjà notée avant la seconde opération. Le toucher rectal ne montre rien d'anormal : le pouls est à 90, la température à 37°9. Il est évident qu'il y a encore une fois un volvulus de l'anse oméga.

Le soir même, à 9 heures (5 janvier 1909), 3^e opération. Anesthésie chloroformique régulière, incision médiane sur l'ancienne cicatrice ; une anse intestinale grêle adhère à la cicatrice ; en la libérant, on reconnaît que c'est un diverticule de Meckel, long de six centimètres ; on place une pince à mors élastique à sa base et on l'enveloppe d'une compresse ; on extrait alors, sur un lit de compresses, l'anse oméga volvulée, on voit que le méso de cette anse est infiltré, et d'aspect cicatriciel ; en particulier, près de la base du méso, il existe des tractus cicatriciels qui réunissent transversalement la partie inférieure des deux branches de l'anse oméga : ces adhérences et cet aspect inflammatoire du péritoine avaient déjà été notés lors de la seconde intervention ; le volvulus est d'un tour complet, dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre, on le détord facilement ; on fait introduire par l'anus une sonde rectale le plus haut possible, et on peut ainsi, en exprimant progressivement le côlon, évacuer des gaz en quantité et des matières liquides ; on réduit le côlon devenu flasque. On termine en réséquant à sa base le diverticule de Meckel et en fermant, par deux surjets à la soie, la plaie intestinale qui résulte de la résection du diverticule. Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze sans drainage.

Le surlendemain, selle abondante ; après une purgation d'huile de ricin les jours suivants, l'état général s'améliore, et, au bout de quinze jours, la plaie pariétale est cicatrisée. Le ventre est devenu souple, mais par la percussion, on arrive facilement à délimiter, dans le flanc gauche et la région hypogastrique, une zone hypersonore, tympanique qui correspond très probablement à l'anse oméga, qui reste toujours distendue, incapable de se rétracter ; les adhérences du méso que nous avons signalées plus haut sont la cause vraisemblable de cette persistance d'une distension considérable du côlon sigmoïdien : il y a, en somme, chez M. X..., un véritable

mégacôlon acquis. M. X... se rendant très bien compte de sa situation et désirant, avant tout, être définitivement mis à l'abri, pour l'avenir, d'une nouvelle récurrence de volvulus, je lui propose une intervention radicale qui est très facilement acceptée. Mon plan est de lui faire une résection complète du segment du gros intestin distendu, car une anastomose iléo-sigmoïdienne, même avec exclusion unilatérale, me paraît tout à fait irrationnelle, étant donné le volume de l'anse oméga dilatée et l'aspect cicatriciel du péritoine, qui empêche toute rétraction secondaire.

4^e Opération. Le 19 janvier 1909. Anesthésie chloroformique régulière. Incision médiane à travers l'ancienne cicatrice. Résection de presque tout l'épiploon qui est rétracté et adhère à la paroi abdominale antérieure ; extériorisation de l'anse sigmoïde qui présente absolument l'aspect d'un cæcum de cheval : elle a une longueur de 80 centimètres et un diamètre moyen de 8 centimètres.

Les suites opératoires furent des plus simples : le petit drain fut enlevé le lendemain : il y eut une selle le surlendemain, et M. X... quitta la maison de santé au bout de trois semaines. Je l'ai revu en juin 1909 ; le ventre est souple, et l'on ne retrouve plus cette grosse anse dilatée et sonore qui remplissait le flanc gauche : le malade a maintenant une selle *quotidienne spontanée*, et jamais ces coliques, qui survenaient brusquement au milieu de la journée et qui étaient parfois si pénibles, n'ont reparu.

Le volvulus du sigmoïde est, de beaucoup, le plus fréquent. Divers auteurs signalent également celui du transverse (GUINARD, AUGSPACK, DAGUE). LECÈNE a observé un volvulus du cæcum et du côlon ascendant. (*Revue de Chirurgie*, 1910). Mais ces faits sont excessivement rares. A noter, comme nous venons de le constater dans l'observation XVIII, la récurrence éventuelle des volvulus opérés.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La radiologie apporte à l'étude du dolichocôlon un moyen de contrôle décisif. « On peut par les seuls moyens de la clinique arriver à soupçonner l'existence d'une dolichocolie, mais c'est la radiologie seule qui permet d'en faire le diagnostic » (LARDENNOIS et AUBOURG).

Il existe trois modes d'exploration radiologique de l'intestin : l'examen direct, le repas baryté et le lavement baryté. Chacun de ces modes d'examen est susceptible de fournir des renseignements à la clinique, mais le seul capable de mettre en évidence un dolichocôlon, c'est le repas baryté.

1° Examen direct. — L'examen radioscopique direct ne permet pas de conclure à l'existence d'un dolichocôlon. Ce qu'on constate, c'est une pneumocolie plus ou moins importante qui laisse supposer un allongement colique anormal. Elle sera tantôt localisée, tantôt généralisée. Son siège de prédilection sera la partie supérieure de l'abdomen et surtout l'hypochondre gauche (CHIRAY).

A l'écran, cette pneumocolie se manifeste sous divers aspects. Le plus souvent, on observe une série de bulles gazeuses en chapelet situées parfois jusque sous l'estomac correspondant au sommet d'une anse allongée. « Rarement cependant le dessin du côlon

est suffisamment compréhensible pour affirmer le diagnostic » (OURY et GODARD).

Ces chapelets de bulles gazeuses permettront éventuellement de déceler des coudures que l'épreuve du lavement mettra ultérieurement en évidence. Mais ces images de coudures sont loin d'être constantes.

Les bulles, en s'imbriquant les unes dans les autres pourront former des amas volumineux. Ces amas pneumocoliques correspondraient surtout à un dolichocôlon compliqué de mégacôlon.

2° Repas baryté ou épreuve du transit. — Une des particularités qui s'impose au regard après le repas baryté, c'est la déformation de l'estomac par la pneumocolie (WHITE).

Cette déformation peut présenter différents aspects : Soit qu'une anse sigmoïde dilatée remonte jusqu'à venir en contact avec le bas-fond gastrique et le soulève, d'où image en dôme ; soit qu'un dolichocôlon gauche donne par compression latérale de la grande courbure, un aspect de fausse biloculation.

Des déformations plus importantes encore pourront être attribuées à l'action répulsive de l'anse allongée. Nous avons cité (obs. IX) le cas d'un dolichocôlon compliqué de volvulus total de l'estomac.

Au point de vue intestinal, l'épreuve du transit met en évidence trois faits importants dont deux d'ordre radiologique et un d'ordre mécanique.

1° La stase de la baryte se produit en amont (côlon droit et transverse), parfois aussi, mais plus rarement, en aval (côlon gauche) de l'anse dilatée. Cette stase peut durer pendant un temps assez prolongé ; les auteurs donnent comme moyenne 2 à 3 jours.

2° Au niveau de l'anse allongée, l'évacuation se fait très rapidement. Le transit s'effectue sous forme de boulettes de baryte qui fréquemment ne sont pas

décelées par la radiographie. Parfois cependant, l'interposition de bulles gazeuses entre ces boulettes rend visible à l'écran le trajet de l'anse dolichocolique.

Mais en règle générale, l'examen radiologique du transit ne permet pas de percevoir la présence de gaz ou de baryte dans les anses propres au dolichocolon. Celui-ci reste insoupçonné et la portion intestinale post-dolichocolique semble succéder sans interruption à la portion prae-dolichocolique.

3° L'apparition de la baryte dans les selles se produit très rapidement, environ 10 à 12 heures après l'ingestion. Cette évacuation peut être plus ou moins importante, et parfois, la plus grande partie du repas opaque peut être ainsi éliminée.

Cependant, lorsqu'après un temps variable, l'intestin ne contient plus qu'un infime résidu de baryte, les malades conservent après la défécation « une sensation de plénitude et d'évacuation incomplète, probablement liée à la présence de gaz dans les coudures » (LOMON, WAHL, CHIRAY, ROSANOFF).

3° **Lavement baryté.** — Comme nous l'avons dit, le lavement baryté est indiscutablement et de beaucoup le moyen le meilleur pour mettre en évidence un dolichocolon. Cependant, l'administration de ce lavement opaque nécessite certaines précautions et une technique particulière.

« On a parfois accusé l'examen radiologique par voie basse, déclare Béchère, d'être la cause de modifications dans la forme du gros intestin ; modification portant sur le calibre et la longueur ». Ce que précise BELOT : « Il n'est pas douteux qu'un lavement opaque brutalement administré peut, en dilatant un intestin manquant de tonicité, lui donner l'apparence d'un mégacolon ou dolichocolon, ou plus particulièrement d'un mégasigmoïde ».

Technique du lavement opaque

Tout d'abord, le malade recevra un lavement évacuateur tiède d'un litre environ, de façon à libérer son intestin aussi complètement que possible. Il est recommandé de ne pas donner au malade de purgatifs ou de laxatifs provoquant l'apparition de gaz (CHIRAY), ce qui gênerait ultérieurement le remplissage de l'intestin.

Puis on procède à l'administration du lavement opaque sous contrôle radiologique.

Le malade sera placé dans le décubitus ventral, ceci pour éviter une plicature du transverse. L'injection sera faite lentement et contrôlée à l'écran. Il peut se produire que le liquide, parvenu au niveau d'une coudure, distende celle-ci pour se frayer un passage. Le malade, à ce moment, accusera quelques douleurs abdominales qui nécessiteront, pendant quelques instants, l'interruption du lavement.

La pression du liquide sera faible. BÉCLÈRE cite une observation dans laquelle deux examens radiologiques, après lavement opaque, avaient permis de conclure à l'existence d'un dolichocôlon. Une troisième radiographie, faite dans des conditions différentes, rectifie ce diagnostic en démontrant qu'il s'agissait d'un intestin normal, et il conclut : « Si le lavement opaque, donné à faible pression, ne provoque guère l'allongement du côlon, et il est des cas où il nous a permis de constater des réductions de longueur, telles qu'une première image nettement en faveur d'un dolichocôlon n'a pas persisté dans le temps et que le même intestin a pu, en définitive, paraître de longueur normale.

OBSERVATION XIX (*Béclère*)

Il s'agissait d'un jeune homme présentant des douleurs abdominales très intenses, qui avaient fait penser à la possibilité de brides.

Un premier examen par lavement montra un allongement considérable de l'anse sigmoïde dont le sommet était rejeté vers l'hypocontre droit. On notait de plus une légère tendance au mégacôlon segmentaire. L'allongement persistait dans le décubitus dorsal et dans la station debout. Un mois après, un lavement opaque montrait encore un allongement certain du côlon, mais avec une présentation et une localisation bien différentes.

Nouvel examen par lavement au 3^e mois. A ce moment, toute trace de dolichocôlon a disparu. Le malade d'ailleurs ne souffre plus. La seule médication appliquée consiste en des séances de diathermie.

Enfin, il ne faut arrêter le lavement, qu'après certitude que le cœcum a été atteint. Parfois, ce dernier, incomplètement évacué et rempli de gaz, s'injectera moins facilement et donnera à la radio une image aérique du cœcum.

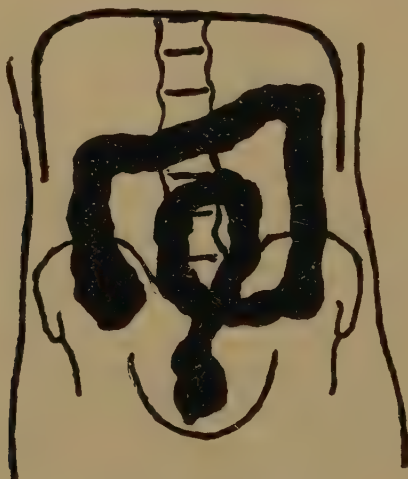
Les anses dolichocoliques ne présentent habituellement pas de modifications de calibre. Cependant, il est des cas de fréquence variable d'ailleurs, ou, sous la pression du liquide qui les emplissent, des dolichocôlons s'allongent d'abord, puis se distendent jusqu'à admettre un et même plusieurs litres de baryte. Parfois, mais plus rarement, cette distension se fait d'emblée. Pour certains auteurs, il ne s'agirait plus dans ces cas d'une forme dolichocolique pure, mais associée à la maladie de Hirschprung et qu'ils appellent dolichomégacôlon (LARDENNOIS, ALBAN, GIRAULT).

L'examen radioscopique d'un dolichocôlon montre des aspects différents avec chacun des segments de

l'intestin. Il nous paraît logique d'étudier ces segments dans leur ordre d'apparition à l'écran.

Dolichocôlon sigmoïde

Le dolichocôlon sigmoïde, dans sa forme la plus fréquente, ne présente qu'une exagération morphologique de l'anse normale. Cette anse, extrêmement



Dolichocôlon sigmoïde.

mobile, à contours bien délimités et à sommet arrondi, peut atteindre de grandes dimensions et remonter très haut dans la cavité abdominale.

LARDENNOIS distingue quatre variétés de dolichocôlons sigmoïdes :

1° Une variété dite en 8 ou la branche descendante de l'anse vient croiser en avant la branche ascendante pour se continuer avec le côlon iliaque.

2° Une variété verticale courte ou la branche ascen-

dante se dirige vers la gauche, se coude au-dessous du côlon transverse, et la branche descendante se dirigeant vers la fosse iliaque où elle se coude à nouveau pour former le côlon iliaque.

3° Une variété verticale longue, identique à la précédente, mais où l'allongement étant plus considérable, la coudure se fait au-dessus du côlon transverse.

4° Une variété horizontale, où la branche ascendante se dirige à droite, puis se courbe pour donner une branche horizontale parallèle au transverse se continuant par le côlon iliaque.

ZORZI ramène ces variétés de dolichocôlons sigmoïdes à deux types : le type gauche qui correspond aux variétés verticales courtes et longues de LARDENNOIS, et le type droit qui se confondrait à peu de choses près, avec la variété horizontale.

Dolichocôlon iliaque

Le dolichocôlon iliaque est caractérisé par une boucle que fait le côlon au niveau du point de jonction du segment descendant et du segment pelvien. LARDENNOIS considère cet allongement comme faisant partie soit d'un dolichocôlon sigmoïde, soit d'un dolichocôlon descendant.

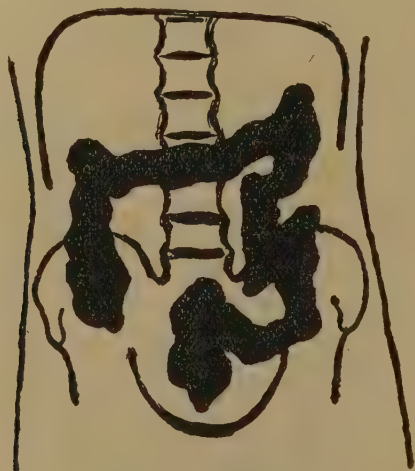
Il semble cependant qu'il s'agisse d'un type distinct qui se manifeste fréquemment à l'état isolé, sans allongements normaux de segments sus et sous-jacents.

Dolichocôlon descendant

Ce type présente plutôt des flexuosités que des anses proprement dites. On trouvera tantôt une boucle à la

partie moyenne du côlon descendant, tantôt deux boucles situées chacune à l'une des extrémités de ce segment.

On n'observe guère de modifications au niveau de l'angle splénique. Les allongements que l'on peut



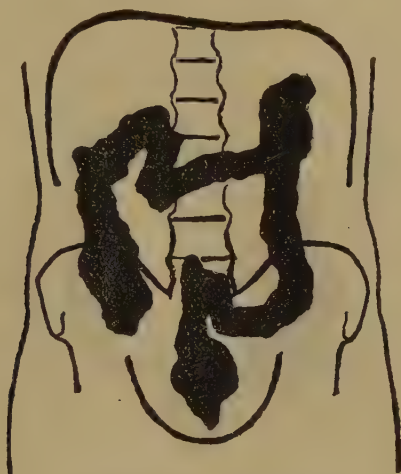
Dolichocôlon descendant

constater appartiennent « soit à la partie terminale du côlon transverse, soit à la partie initiale du côlon descendant » (CHIRAY, LOMON, WAHL). LARDENNOIS partage cet avis.

Dolichocôlon transverse

Les allongements du côlon transverse peuvent se manifester sous différents aspects. Le dolichocôlon peut prendre la forme d'un U dont les extrémités des deux branches coïncideraient avec les angles-splénique et hépatique, et dont la partie déclive « correspondrait

au détroit supérieur » (LARDENNOIS et AUBOURG). La portion droite ou gauche du transverse par rapport au ligament de Glénard, peut s'allonger indépen-



Dolichocôlon transverse

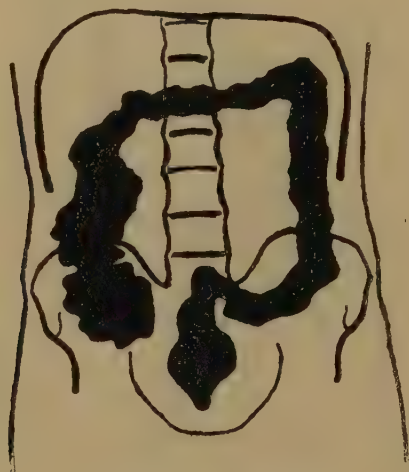
damment de l'autre, et prend alors la forme d'un V. Le transverse présentera l'aspect d'un W si ses deux portions s'allongent simultanément.

Dolichocôlon ascendant

Le segment ascendant est rarement le siège d'un dolichocôlon caractérisé. On trouve parfois des sinuosités, mais presque jamais des anses allongées prenant d'aussi importantes proportions que dans les autres parties du gros intestin.

Toutes ces variétés de dolichocôlons peuvent s'associer ou rester isolées. Il n'est pas rare de voir un

dolichocôlon sigmoïde coïncider avec un dolichocôlon iliaque, ou un dolichocôlon transverse avec un dolichocôlon descendant. Néanmoins, ces cas sont relativement rares et souvent il s'agit d'une confusion dans l'interprétation radioscopique des images qui se



Dolichocôlon ascendant

superposent. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de suivre à l'écran la progression du liquide à travers l'intestin : ceci pour faciliter le repérage topographique des anses dolichocoliques.

Disons quelques mots, en terminant ce chapitre sur les complications des dolichocôlons. Sans parler du volvulus, dont l'image typique de torsion ne saurait être confondue, on peut signaler les adhérences fixant l'anse allongée en position anormale et les lésions de péricolite donnant des images de sténose. Mais le diagnostic radiologique des complications du dolichocôlon est particulièrement sujet à caution et, comme le dit CHIRAY, ne doit être porté qu'exceptionnellement.

Examen rectoscopique

L'examen rectoscopique ne peut fournir de renseignements que dans le cas de dolicho-sigmoïdes. BENSAUDE signale les difficultés qu'il y a à introduire le rectoscope dans le rectum « le tube rectiligne s'adaptant mal aux courbures d'un segment intestinal qui est fixé contre un plan rigide ».

Cependant l'allongement du colon pelvien facilitera l'examen. Rendue plus accessible, grâce à sa mobilité, on pénétrera aisément dans l'anse pelvi-iliaque prolongeant le rectum, ce qui démontrera aisément l'existence d'un dolicho-sigmoïde.

Il est rare que cet examen rectoscopique permette de déceler les lésions de la muqueuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du dolichocôlon doit avant tout se baser sur la triade symptomatique que nous avons décrite : Stase intestinale, pneumocolie et crises douloureuses à type subocclusif. La présence de ces éléments suffit à établir une présomption en faveur d'un allongement pathologique du gros intestin.

Parfois cependant, loin d'être typique, le syndrome dolichocolique sera masqué par tel ou tel symptôme prédominant appartenant à une forme clinique particulière. Il faudra donc envisager les diverses affections pouvant présenter les désordres organiques observés et procéder par élimination. Dans la plupart des cas, un examen radiologique complet de l'intestin donnera la clef de l'énigme en ramenant à un allongement colique les troubles dont la cause paraissait incertaine.

Diagnostic différentiel

Parmi les diverses affections sous l'apparence desquelles se dissimule fréquemment l'individualité d'un dolichocôlon il nous faut citer les dyspepsies, les cholécystites, les pyélo-néphrites, les hémorragies et les occlusions intestinales.

Les dyspepsies. — Elles sont généralement secondaires à des troubles d'origine intestinale. Leur symptomatologie, au dire de CHIRAY, ne se différencie guère

d'une dyspepsie secondaire quelconque. Tout au plus peut-on signaler la persistance de douleurs, même en dehors des digestions et rarement accompagnées de régurgitations ou de vomissements.

La douleur siège principalement au niveau du plexus solaire. On note cependant un ballonnement abdominal qui permet de soupçonner à ces troubles dyspeptiques une origine intestinale. L'examen radiologique du tube digestif ne permet pas de déceler une lésion gastrique manifeste, mais, par contre, on remarque à l'examen direct une pneumocolie intense. Le lavement baryté qu'on administrera ultérieurement mettra en évidence un allongement segmentaire au niveau du gros intestin qui permettra de faire le diagnostic.

Les cholécystites. — Ces troubles sont généralement précédés de manifestations dolichocoliques typiques : constipation, douleurs abdominales. D'autre part, l'examen radiologique montre une vésicule normale qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une affection hépato-biliaire. Par contre, la présence d'un dolichocôlon à l'écran permet de rattacher les symptômes hépato-vésiculaires à cette affection.

Les pyélonéphrites. — Les formes entéro-rénales des dolichocôlons se compliquent fréquemment de pyélonéphrites et font penser à une affection d'origine exclusivement rénale. Néanmoins la concomitance de troubles intestinaux plus ou moins accentués permettra de soupçonner l'existence d'un dolichocôlon. Un examen radiologique justifiera fréquemment cette hypothèse en rattachant ces manifestations d'une affection rénale infectieuse à un allongement segmentaire colique. D'autre part, même dans les cas de dolichocôlons ou d'autres lésions, siégeant au niveau de l'intestin, il est prudent de vérifier l'état anatomique

de l'appareil urinaire qui, fréquemment, peut prédisposer aux coudures cœcales.

Les hémorragies. — La présence d'hémorragies ou de melœnas dans les selles incitent fréquemment à supposer une lésion d'ordre néoplastique, soit un ulcus gastrique ou duodénal, soit encore une cirrhose de Laennec ou des hémorroïdes internes. L'existence de commémoratifs d'ordre intestinal permettra de rectifier le diagnostic en associant à l'examen clinique les examens rectoscopique et radiologique.

Les occlusions intestinales. — Durant les crises subocclusives du dolichocôlon, le diagnostic avec une occlusion vraie est parfois difficile.

D'autre part, le malade qui se plaint de points douloureux abdominaux nettement localisés fait parfois penser à une complication soit d'ordre appendiculaire, soit d'ordre génito-annexiel. Parfois même un volvulus sigmoïde sera accompagné d'une crise occlusive vraie, mais dans ce cas il ne s'agira plus, comme nous le signalons au chapitre du traitement, de rester dans l'expectative : au contraire, une intervention d'urgence sera particulièrement indiquée.

Cependant un dolichocôlon non compliqué, ne présentera jamais de crises occlusives vraies et les phénomènes subocclusifs disparaîtront de même au bout d'un temps plus ou moins long. L'existence antérieure de crises subocclusives frustes permettra, dans la plupart des cas, de faire une discrimination et contre indiquera l'intervention chirurgicale. CHIRAY signale également dans ces crises aiguës douloureuses à type subocclusif l'arrêt incomplet des gaz. Dans les cas douteux, l'examen radioscopique permettra d'établir une thérapeutique adéquate en éclairant le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE

Cette affection n'est pas seulement intéressante par les conceptions pathogéniques qui s'en dégagent, mais également par les applications thérapeutiques qui peuvent être mises en jeu. Le dolichocôlon est-il susceptible d'un traitement étiologique, ou faudra-t-il se contenter d'une cure purement symptomatique ?

Il est évident que les malformations anatomiques, telles que l'allongement congénital des mésos ou leur non coalescence ne sont pas justiciables d'un traitement médical. Par contre, certaines causes physiopathologiques semblent plus vulnérables. Elles ne seront supprimées qu'autant que le traitement sera plus strictement pathogénique et qu'il visera plus spécialement à faire disparaître les troubles de la motricité intestinale.

1° Traitement étiologique. — Ces troubles moteurs peuvent ressortir, comme nous l'avons vu plus haut, à plusieurs origines.

Certains cas sont dus à une déficience fonctionnelle de la fibre musculaire lisse. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été déjà développé au chapitre de la pathogénie.

Rappelons toutefois le pouvoir d'excitation des extraits hypophysaires sur les fibres musculaires lisses.

DE MOOR, BLACK, VOGEL, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique, ont montré le rôle heureux de ces hormones sur la parésie intestinale. C'est donc là une thérapeutique qui mérite un essai.

D'autres cas de dolichocôlon reconnaissent une origine nerveuse : leur mécanisme est une inhibition réflexe de la motricité intestinale dont le point de départ peut être une lésion gastro-duodénale. Le traitement s'adressera donc à cette cause si on peut la mettre en évidence.

L'origine alimentaire a également été soutenue par divers auteurs. La fonction intestinale étant l'élaboration et la résorption des aliments, cet acte sera d'autant plus long que le métabolisme des substances ingérées sera plus compliqué. Les substances végétales, entre autres, entraînent une digestion prolongée en raison de leur enrobement cellulosique. Le régime de ces malades comportera donc la restriction des farines et aliments farineux, tels que pommes de terre, haricots, pois, châtaignes, riz, etc... Cette prohibition diminuera également la production des gaz intestinaux qui, en distendant le côlon, ajoutent encore à l'atonie intestinale. Le régime ne devra pas cependant en arriver à la carence et la ration alimentaire sera équilibrée par l'adjonction supplémentaire de graisses et d'albuminoïdes. Il faudra également veiller à ce que l'individu soumis à la restriction des végétaux reçoive cependant un apport suffisant de vitamines B.

2° Traitement symptomatique. — Les médicaments divers que l'on prescrira auront pour but de régulariser le transit intestinal sans provoquer d'irritation de la muqueuse. Les purgatifs drastiques seront donc proscrits, en raison des dangers de colite qu'ils présentent.

Les laxatifs seront — soit des mucilages : agar-agar, graine de lin, graine de psyllium, — soit des laxatifs huileux : huile de paraffine, huile d'olive.

CHIRAY préconise l'usage du son, non pas sous la forme de pain complet, mais sous celle de son congloméré : « Kellog's all brain ». Les antispasmodiques : belladone, atropine ou jusquiame, compléteront heureusement l'action des agents précédents.

En 1926, Alban GIRAULT donna les grandes lignes d'un traitement qui lui aurait donné de très bons résultats. Celui-ci est basé sur l'ingestion horaire de laxatifs végétaux, les uns ayant une action mécanique, les autres une action chimique.

— L'action mécanique sera produite par l'ingestion d'une cuillerée à soupe de graines de psyllium à chacun des deux principaux repas.

— Le rôle chimique sera obtenu par l'emploi d'une solution hydro-alcoolique de divers laxatifs végétaux.

Voilà la méthode utilisée d'après l'auteur lui-même : « Après macération pendant 48 heures dans de l'eau et reprise par l'alcool à 60° pendant 24 heures, on obtient une solution mère :

Racines de Podophylle.....	8 gr.
Racines de Gratiolle.....	16 gr.
Racines de Bryone.....	8 gr.
Baies de Nerprun.....	4 gr.
Lin purgatif.....	16 gr.

Faire macérer à froid pendant 48 heures dans 200 cm³ d'eau. Ajouter ensuite 100 gr. d'alcool à 60° et laisser 24 heures en présence ; filtrer.

De cette solution, le malade prélève chaque matin 30 gouttes qu'il met dans 120 cm³ d'eau et il prend une cuillerée à dessert de cette dilution toutes les heures, de 7 à 19 heures ».

Alban GIRAULT institue en même temps le régime végétarien, au moins pendant les premiers mois.

Nous avons institué cette thérapeutique chez plusieurs de nos malades et nous avons obtenu, grâce à celle-ci, des résultats la plupart satisfaisants. La constipation est indiscutablement améliorée et, parfois même, disparaît radicalement. Nous avons pu également constater, chez une malade que nous avions suivie durant plusieurs mois, une régression de l'allongement colique. Alban GIRAULT signale ces modifications morphologiques des dolichocôlons sous l'influence du traitement qu'il préconise. Mais il ne nous semble pas que les résultats obtenus soient spécifiques à une thérapeutique plutôt qu'à une autre. En effet, dans l'observation d'AUBOURG, que nous avons par ailleurs citée dans notre étude pathogénique, le malade fut soumis à un traitement consistant en lavements et régime alimentaire approprié. Vingt ans après, un examen radiologique mettait en évidence les disparitions d'un dolichocôlon iliaque et d'un dolichocôlon descendant.

En fait, tout traitement est indiqué et susceptible d'amener, sinon une guérison complète, au moins une amélioration notable des dolichocolies, qui vise à rétablir les fonctions de motricité de l'intestin. C'est pourquoi le traitement sera heureusement complété par les entéroclyses qui, tout en facilitant l'évacuation des matières, agissent également sur le péristaltisme intestinal.

Cette pratique peut être prescrite des années durant. Sa réalisation est excessivement simple. Le malade, trois fois par semaine, prendra un lavement d'eau bouillie tiède, pure ou additionnée d'un extrait biliaire liquide, la pression sera faible et le liquide gardé dix minutes. Ces lavements ont pour but d'assurer l'évacuation du cadre colique et d'exciter la

motricité intestinale. Selon CHIRAY, qui est un des protagonistes de la méthode, l'entérocluse peut se heurter à certaines difficultés, c'est la colite surajoutée au dolichocôlon et qui entraîne un spasme plus ou moins étendu du descendant et du sigmoïde. Il pourra être utile, dans ce cas, d'administrer simplement un lavement d'eau bouillie tiède. Nous signalerons que l'entérocluse trop souvent répétée peut augmenter une colite

Nous serons bref sur les traitements physiothérapiques qui n'ont donné que des résultats inconstants. Tour à tour furent essayés des massages méthodiques associés à la faradisation rythmique, les lavements électriques. Dernièrement BENSAUDE et Mlle REICHENECKER ont pourtant signalé des résultats intéressants obtenus avec des séances quotidiennes assez longues d'électrisation intestinale faible. Des cures thermales à Chatel-Guyon ou à Plombières peuvent être susceptibles de rendre quelques services.

Traitement médical des crises. — Les incidents qui émailleront le cours de cette affection, sont divers. Les plus courants sont dus à un arrêt temporaire des gaz et des matières par coudure de l'anse allongée, ou à un début de volvulus. Le point important est évidemment de savoir s'il y a ou non indication opératoire. Les crises douloureuses subocclusives peuvent être calmées par des compresses chaudes, de la belladone, et des lavements d'huile d'olive. CHIRAY, LOMON et AMY ont attiré l'attention sur les crises droites cœcales dues à un hyper-peristaltisme intestinal. Leur danger est de simuler une appendicite aiguë et comme telle d'emporter une décision opératoire. L'intervention faite dans ces conditions ne fera qu'accroître les douleurs du côlon droit.

Nous ne nous étendrons pas sur les complications

du dolichocôlon, telles que les dyspepsies gastriques, pyélonéphrites, colites, anémies.

Chacune de ces affections nécessite évidemment un traitement propre ; pourtant rien ne sera fait si l'on ne s'attaque à la cause initiale : la stase intestinale.

Traitement chirurgical. — Il existe en dehors des crises occlusives d'autres indications au traitement chirurgical du dolichocôlon dont la principale est l'échec du traitement médical.

Certaines interventions étiologiques ont été tentées. Une simple dilatation anale peut suffire lorsque chez certains jeunes sujets on incrimine une hypertonie du releveur et du sphincter anal. Dans d'autres cas, le décollement d'adhérences, la section des brides intestinales ; l'étalement d'une méso-sigmoïdite rétractile, le redressement d'une rétroversion utérine, ou l'ablation d'une annexite enserrant d'une gangue inflammatoire la zone recto-sigmoïdienne, seront particulièrement indiqués. La neuro-chirurgie du dolichocôlon a été récemment préconisée en Amérique par des auteurs tels que WADD et ROYLE, JUDD et ADSON. Il s'agit d'une ganglionectomie et d'une ramisectomie lombaire bilatérale. Cette intervention suivant le concept de ses défenseurs, aurait pour but de rétablir la coordination entre les sphincters et de permettre aux fibres longitudinales de reprendre leur rôle. En effet, d'après Walter MEROR, les fibres sympathiques qui arriveraient au rectum soit par le plexus mésentérique inférieur, nerf hémorrhoidal supérieur et plexus correspondant, soit par le plexus hypogastrique, constitueraient « le nerf inhibiteur de l'intestin terminal ». Théoriquement la section de ce dernier supprimerait l'inhibition apportée à la contraction tant circulaire que longitudinale de l'intestin terminal. Il faut d'ailleurs reconnaître que ce procédé dépend encore plus

du domaine expérimental que de la thérapeutique.

En dehors de ces traitements d'exception, les chirurgiens ont surtout voulu réaliser la cure radicale par la résection du segment colique allongé. Cette conception est loin d'être admise par tous les auteurs. Nombreux sont ceux qui admettent comme seule indication l'apparition d'un accident aigu (volvulus, subobstruction).

LARDENNOIS, dans une certaine mesure (et après échec du traitement médical), serait partisan des méthodes chirurgicales. Selon cet auteur on réalisera d'abord une laparatomie d'exploration par voie médiane. L'état des anses étant examiné, si l'on se résout à une colectomie on fera une rapide contre-incision latérale gauche. Le procédé choisi sera alors la colectomie en deux temps (exérèse, réparation) ou en trois temps (extériorisation, exérèse, réparation de la continuité colique). La colectomie en un temps est d'un pronostic beaucoup plus incertain en raison de l'état des tuniques intestinales et celui des mésos ; elle a cependant l'avantage d'éviter au patient des supplices tant moraux que physiques de l'anus artificiel, de l'entérotomie, et les menaces à longue échéance de péri-viscéríte.

Si le traitement chirurgical ne s'impose pas d'une façon absolue, dans les dolichocôlons, il en est cependant des indications impératives : ce sont **les complications**.

Nous nous bornons à citer parmi celles-ci :

1° *Les hémorragies* (CHIRAY rapporte quatre cas où la colectomie met fin à des accidents menaçants).

2° *Le volvulus du sigmoïde*.

Sans revenir sur sa pathogénie, il faut savoir que le pronostic dépend de la précocité de l'intervention. Il faudra déterminer le siège de l'obstacle, aller à

l'anse tordue et la réséquer le plus tôt possible. Se borner à une détérioration simple du côlon, même suivie de colopexie, serait donner à l'opéré une sécurité bien aléatoire et l'exposer à des ennuis ultérieurs de coutures et d'adhérences (CHIRAY).

3° *La dolichocôlite*, qui est caractérisée par une infection massive des parois du côlon. La colectomie d'emblée est à rejeter. Il faudra, si possible, faire d'abord une extériorisation et une dérivation, puis seulement par la suite, procéder à la résection de l'anse malade.

Pour conclure, en dehors des cas d'occlusion aiguë et des complications justiciables d'une intervention chirurgicale, il n'y a pas d'indication péremptoire à une méthode de traitement plutôt qu'à une autre.

Dans cette affection, le but du traitement sera le rétablissement des fonctions motrices intestinales. Mais les résultats seront d'autant plus durables que la thérapeutique instituée sera plutôt étiologique que symptomatique.

CONCLUSIONS

De l'étude du syndrome dolichocolique se dégagent diverses conclusions :

1° Des troubles de la motricité intestinale semblent être à l'origine des allongements segmentaires coliques ; néanmoins le problème pathogénique que pose cette affection est loin d'être éclairci.

2° La triade symptomatique est constante dans les dolichocôlons non compliqués, cependant certaines formes cliniques présentent une symptomatologie tellement complexe qu'elles en arrivent à masquer l'existence de l'allongement colique.

3° Le diagnostic clinique étant parfois insuffisant à mettre en évidence un allongement colique, l'examen radiologique s'imposera comme corollaire indispensable ; l'épreuve du lavement baryté étant l'instrument d'exploration et de diagnostic par excellence dans les cas douteux.

4° La thérapeutique à préconiser devra avant tout viser à rétablir le transit au niveau du gros intestin en excitant les fonctions motrices de celui-ci. Thérapeutique étiologique avons-nous dit dans un précédent chapitre. Elle s'impose. Le traitement symptomatique n'étant qu'un palliatif et ne produisant qu'une action, peut-être efficace, mais essentiellement passagère.

5° Ne recourir au traitement chirurgical qu'après échec du traitement médical ou dans les cas de dolichocôlons compliqués.

Ajoutons, avant de terminer cette étude, que si parfois le traitement institué entraîne une amélioration rapide des symptômes dolichocoliques, parfois aussi ces résultats se manifestent avec une lenteur désespérante.

C'est pourquoi dans cette affection, comme dans toute affection du tube digestif, la clef du succès reposera tout autant dans la patience du malade et de son médecin que dans l'arsenal thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGRAVE. — Volvulus de l'S iliaque. *Soc. chir.*, t. 46, p. 1456, 15 déc. 1920.
- ALVAREZ. — Differences of behaviour of segments from different parts of intestine. *Amer. journ. of physiol.*, t. 45, p. 392, mars 1918.
- The mecanic of digestive tract. Haeber, New-York, 1922.
- AUBOURG. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, 10 juin 1932. 402-410. Diagnostic radiologique et traitement dans les formes cliniques latentes du dolichocôlon.
- AUBOURG. — *Presse médicale*, 24 décembre 1932. 1.955-1.956. Examen radiologique d'un malade atteint de dolichocôlon.
- BARTLE. — Mégacôlon, a resume of the litterature. *Am. journ. of med. sc.*, t. 171, p. 67, 1926.
- BECLERE. — A propos des variations de longueur du gros intestin. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 13, p. 270, 1923.
- BELOT. — Un cas de dolichocôlon. *Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France*, t. 8, p. 98, 1920. — Un cas de mégasigmoïde aberrant à bascule. *Soc. de radiol. méd. de France*, t. 10, p. 223, 1922.
- BENSAUDE et HILLEMAND. — Maladie de Hirschprung. *Ann. de médecine*, t. 12, déc. 1922.
- BENSAUDE, CAIN et LAYANI. — A propos d'un cas de maladie de Hirschprung postencéphalitique. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, p. 5, janvier 1928.
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolicho-sigmoïde. *Ann. de médecine*, t. 37, p. 364, avril 1930.
- BENSAUDE et SORREL. — Six cas de mégacôlon. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, t. 8, p. 1, 1914-1915.
- BERARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. *Rev. de chir.*, mai 1903, et *Sem. méd.*, p. 314, 1903.
- BERARD, THOMAS, BONAMOUR. — *Lyon Chirurgical*, mars, avril 1933. 180-182. Occlusion aiguës répétées chez un enfant de 4 ans, avec mégacôlon et dolichocôlon.
- BERNARD. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 4 décembre 1932.
- BERNARD et DE TAYRAC. — Réflexions sur le dolichocôlon. *Soc. Méd. et A. C. de Lille*, 3 juillet 1934.
- BIANCHI. — Sull' importanza dei vizi di posizione congeniti nella patologia del grosso intestino. *Radiologia med.*, juin 1925.
- BIGNAMI. — *Arch. ital. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1932, 240-282. Megacesophage et megadolichocôlon.
- BLACK. — Displacements of the colon. *Annals of surg.*, t. 56, p. 889, 1912.
- BROUSSE. — Sixième congrès de la Soc. d'Hydrol. et de Chin. de Bordeaux et de la Rég. du S.-O., 26 avril 1930. — Traitement du mégadolichocôlon par la cure de Chatel Guyon.

- BRYANT. — Observations upon the growth and length of the human intestine. *Am. journ. of med. sc.*, t. 167, p. 499, 1924.
Bull. d. Soc. Med. Chir. Pavie, 1932, 103-110. Pathogenèse du Mégacôlon et du dolichocôlon.
- BUSCH. — Redundant cölon. Group of cases. *Bristol medico-chirurgical journal*, t. 45, p. 181, 1928.
- BUSI. — L'esplorazione radiologica del tubo digerente. Trattato di diagnostica radiologica. Ferrara, Taddei.
- CAIN, BRIDGMAN, FOURESTIER. — *Arch. des mal. de l'app. digestif*, juillet 1930, 835-837. Dolichocôlon.
- CANNON. — *Amer. journ. of physiol.*, 1902, t. 6, p. 265, et *Amer. journ. of med. sc.*, n. s., t. 131, p. 563, avril 1906.
- CANTLIE. — *Brit. med. journ.*, t. 2, p. 1340, 9 nov. 1907.
- CARNOT. — Un cas d'acromégalie. Tumeur hypophysaire avec mégacôlon. *Paris méd.*, n° 45, p. 417, 9 nov. 1907.
- CARNOT. — *Paris médical*, 2 avril 1932, 305-311. Dolichocôlon.
- CARTER. — Colonic dynamics. *Radiology*, t. 1, p. 16, 1928.
- CASSOUTE. — *Bull. de la Soc. de Pédiat. de Paris*, juin 1933, 230-293. Le dolichocôlon chez les enfants.
- CHIRAY, BAUMANN. — *Journal de méd. de Paris*, 16 juin 1932, 482-484. Dolichocôlon. Diagnostic clinique et traitement.
- CHIRAY, LOMOND. — Le Dolichocôlon (Masson).
- CHIRAY, LOMOND, AMY. — *Gazette méd. de France* (Suppl. Gast.-Ent.), 15 nov. 1931, 3 à 9.
- CHIRAY, LARDENNOIS, LOMOND. — *Presse médicale*, 24 févr. 1932.
- CHIRAY et STIEFFEL. — La colite muco-membraneuse. Masson et Cie, Paris, 1930.
- GRAMPE. — *Arch. f. Anat., Physiol. u. wissensch. Med.*, p. 659, 1872.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique du corps humain, 1842.
- DAGNINO. — *Semaine médicale*, 11-18 déc. 1930, 1.780. Dolichocôlon.
- DAGUE. — Contribution à l'étude du volvulus du cölon transverse. Thèse de Toulouse, 1926-27.
- DELBET. — Mégacôlon avec rétrécissement valvulaire du rectum. *Bull. et mém. soc. chir.*, p. 893, 1920.
- DONATI et ALZONA. — Stenosi ileo-coliche di posizione. *Arch. ital. di chir.*, t. 3, mars 1921.
- DUBUS. — Etude expérimentale de quelques réactions motrices du cölon. Thèse de Lille, 1911.
- DURAND. — L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations. *Arch. des maladies de l'app. dig.*, t. 19, déc. 1929, p. 1.281.
- DURAND. — *Arch. de med. cir. y. especialis*, 26 mars 1932, 250-253. Dolichocôlon et mégacôlon.
- DUVAL. — Dilatation dite idiopathique du gros intestin. *Rev. de chir.*, nos 3-4-5, 1903.
- DUVAL et J.-C. ROUX. — La reconstitution d'un pseudo-cæcum aux dépens du cölon. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1923.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Déformations biloculaires de l'estomac. *Mouvement médical*, févr. 1913.
- FENWICK. — Hypertrophy and dilatation of the cölon in infancy. *Brit. med. journ.*, t. 2, p. 564, 1900.
- FLEISCHMANN. — *Leiboffnung bei der asiatischen Cholera*, 1815.
- FORGUE. — Quelques précisions sur le volvulus du cölon pelvien. *Presse méd.*, janv. 1920.

- FRIEDEL et JAUGEAS. — Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie. *Soc. méd. hôp.*, 1913.
- FRIES. — Intestinal gases of man. *Am. journ. of physiol.*, t. 16., p. 468, 1906.
- FULLERTON. — *Brit. med. journ.*, p. 753, 23 avril 1927.
- GALLART MONES et PINOS. — Contribucion al estudio del megacôlon. *Rivista méd. de Barcelona*, janvier 1930.
- GATELLIER, MOUTIER et PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif (œsophage, intestin, foie). Paris, Masson, 1930.
- GIRAUD, ASTIER. — *Bull. de la soc. de Pédiat. de Paris*, 1932. Mégadolichocôlon avec arrêt de la croissance chez un enfant de 3 ans.
- GIRAULT. — *Presse thermale et climat.*, 1926, 337. Un traitement médical des dolichocôlons. Résult. clin. et anatomiques.
- GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons. *Arch. mal. app. digest.*, t. 16, 719 (Soc. de gastro-entérol., 10 mai 1926).
- GOEBEL. — *Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, t. 32, fasc. 4, 1920.
- DE GIRONCOLI. — *Arch. ed atti d. soc. ital. di chir.*, 1933, 1.004-1.007. Occlusion intestinale chronique due à une torsion d'un mégadolichosigmoïde. Traitement chirurgical.
- GREGOIRE. — Anatomie médico-chir. de l'abdomen. La région sous-thoracique, Paris, Baillière, 1922.
- GUINARD. — Maladie de Hirschprung. *Soc. chir.*, p. 543, 16 mai 1909.
- HECKER, GRUNWALD et KUHLMANN. — The malformations and displacements of the large intestine... *Amer. journ. of surg.*, 3^e sér., t. I, p. 344, 1926.
- HOUDARD. — A propos de deux cas de dolichocôlon. *Bull. et mém. de la soc. chir.*, t. 53, p. 643, 1927.
- HOLT. — *New-York. Med. journal*, 1886, 228. Elongation of the rigmond plexure.
- HURST. — Etudes sur les mouvements de l'intestin humain. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, p. 132, 1908. — Les sphincters du canal alimentaire. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, t. 15, p. 1, 1925.
- INGEBRITSEN. — Volvulus de l'S iliaque. *Lyon Chir.*, p. 469, sept.-oct. 1919.
- KASTNER. — Cité par Zorzi.
- KELLER. — Mégacôlon avec troubles gastriques. *Archives des mal. de l'app. digest.*, p. 140, janv., 1926.
- KONJETZNY. — *Beitr. z. klin. chir.*, t. 75, p. 155, 1911.
- KUMMER. — A propos de l'adaptation morphologique et fonctionnelle du segment terminal de l'intestin après résection colique. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, t. 15, p. 243, 1925.
- KUTTNER. — Ueber innere Incarceration. *Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, t. 43, 1868.
- LAMB. — *Am. journ. med. sc.*, t. 105, p. 639, 1893.
- LANE. — Operative treatment of chronic constipation. Londres, 1904. — Chronic intestinal stasis. *Brit. med. journ.*, 22 avril 1911.
- LARDENNOIS. — Stase colique par déformation des côlons. *Presse méd.*, 7 juin 1913. — Un cas de mégacôlon, pathogénie et traitement. *Bull. et mém. soc. chir.*, p. 592, 1924.
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin. *Journal de radiol. et d'électrol.*, p. 65, fév. 1914.
- LA ROCHELLE, SMITH. — *Radiology*, juin 1932, 1.111-1.114. Dolichocôlon.

- LARRIMORE. — Human large intestine in new-born and in adult. *Annals of clin. med.*, t. 8, p. 439, 1926. — Roentgenology of colon. *Amer. Journ. of roentgenol.*, t. 20, p. 101, 1928.
- LAURELL. — Volvulus der flexura sigmoïdea. *Acta radiologica*, t. 7, p. 105, 1926.
- LEBON, LOUBEYRE, A. BLONDEAU. — *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1933, 413-421. Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon.
- LECENE. — Volvulus du gros intestin. *Rev. de chir.*, janvier 1910.
- LEFEBVRE. — *Gaz. Hôp.*, nos 93 et 94, 28 et 30 nov. 1922.
- LEFLAIVE. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde. Thèse Paris, 1927.
- LEJARS. — Stase intestinale chron. *Sem. méd.*, p. 241, 24 mai 1911.
- LESAGE, FORTIER. — *Union médicale du Canada*, mai 1931, 326-333. Dolichocôlon.
- LETONDAL. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. Thèse Paris, 1925 (Arnette).
- LEVEN et BARRET. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon. *Bull. de la soc. de radiol. méd. de Paris*, fév. 1911.
- LEVEUF. — Cæcum mobile avec allongement du côlon ascendant (Dolichocôlon). *Bull. soc. anat. de Paris*, t. 16, mars 1914.
- LIAN et JOANNON. — Les syncopes et les douleurs sous-mammaires gauches des constipés. *Journ. de méd. et chir. prat.*, p. 533, 10 août 1921.
- LIBERT. — Hémorragies latentes sans lésions pariétales de l'estomac et de l'intestin dans les péritiviscérites. *Ann. de méd. et chir.*, t. 1, p. 29, 1928-29.
- LOEPER, TAUZUN. — *Presse médicale*, 31 mars 1933. 873-874. Diagnostic du dolichocôlon.
- LORETI. — *Policlinico*, 19 janv., 1931, 77-81. Dolichocôlon diagnostiqué comme appendicite.
- MAC ARTHUR. — *New-York Méd. Journal*, 28 mai 1910, n°22. Some anomalies of the sigmoid.
- MARFAN. — Article constipation du Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, t. 2, p. 660, 1897. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, t. 13, 1895, p. 153. — Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de l'intestin. *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, avril 1903. — Les affections des voies digestives de la première enfance, p. 502, Paris, Masson, 1923.
- MARTINI, CARDINI. — *Semana medica*, 10 déc. 1929, 1.761-1.775. Pathogénie et traitement du dolichocôlon. Examen radiologique.
- MAUCLAIRE. — La mésentérite sténosante et rétractile. 30^e Congr. de l'ass. fr. de chir., 3-5 oct. 1921.
- MAUCLAIRE et MOUCHET. — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse. *Soc. Anat.*, p. 600, 1896.
- MECKEL. — System der vergleichenden Anatomie, 1821. *Deutsche Arch. f. physiol.*, t. 3, p. 100, 1817.
- MOLLER. — The redundant colon. *Acta radiol.*, t. 6, p. 432, 1926.
- MONTEROSSO. — *Meckel's Arch. f. Phys.*, p. 564, 1820.
- MURRAY. — Redundant colon; two cases report. *Journ. of Tennessee med. assoc.*, t. 8, p. 37, 1925.
- NOBECOURT. — *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 février 1932, 129-134. Dolichocôlon et mégacôlon.

- NOBECOURT. — *Médecine*, 577-581, août 1930. Dolichocôlon et mégacôlon chez l'enfant.
- OURY-GODART. — *Presse thermale et climatique*, 15 mai 1932, 329-337. Le dolichocôlon facteur de constipation.
- PATEL. — Un cas de l'S iliaque mobile avec volvulus incomplet. *Soc. de chir. de Lyon*, 8 janv. 1914. — Volvulus du côlon iliaque. *La clinique*, t. 16, p. 161, 1912.
- PAUCHET. — Volvulus iliaque. *Paris méd.*, 2 avril 1921, et *Journ. de méd. de Paris*, t. 40, p. 469, 1921. — Dolichocôlon sigmoïde traité par colectomie. *Paris chir.*, t. 20, 1928.
- PAUCHET et MORNARD. — Volvulus de dolichocôlon iliaque. *Paris Chir.*, t. 20, p. 30, 1928.
- PIAZZA SORMANI. — *Rassegna di clin. terap. e sc. aff.* Nov.-déc 1931, 329-335. Obstruction intestinale par dolichocôlon au cours de coliques néphrétiques.
- POTAIN. — Du volvulus de l'S iliaque du côlon. *Gaz. méd. de Paris*, t. 2, p. 583, nov. 1879.
- PEHU. — *Arch. de méd. des enf.*, p. 53, 1914.
- POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie humaine*, t. 4, fasc. 1, p. 405 (Jonnesco).
- POZZI. — 18^e Congr. de chir., 1905, et *Sem. méd.*, p. 487, 1905.
- QUENU. — Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. *Bull. soc. de chir.*, p. 695, 18 juin 1902, et *Sem. méd.*, p. 214, 1902.
- QUENU, OETTINGER et MENARD. — Mégacôlon iliaque et stercorome. *Soc. méd. hôp.*, 29 décembre 1916.
- REICHENECKER (Mlle). — Un nouveau mode de traitement des mégadolichocôlons. *Arch. mal. app. digest.*, p. 866, 1929.
- ROMANI. — Contributo clinico e radiologico alla patogenese del megacôlon. *Rif. med.*, t. 40, p. 81, 1924.
- ROUX. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, janvier 1894.
- SEILLE. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. Thèse Paris, 1929 (Legrand).
- SICILLIANO. — Il macro-sigma. *Riv. critica di clinica medica*, n° 47, 1915.
- SLESINGER. — Elongation of the pelvic côlon and its surgical treatment. *Lancet*, t. 211, p. 274, 1926.
- SMITH. — *Amer. Journ. of physiol.*, t. 6, p. 265, 1902.
- SSOSON JAROSCHEWITSCH. — *Arch. f. klin. chir.*, juillet 1913.
- TALIA. — Sui alcuni casi di dolichocôlon con sintomatologia clinica rara. *Archivio di radiol.*, fasc. 4, p. 676, 1929.
- TREVES. — The anatomy of the intestinal canal. *Brit. med. journ.*, t. 1, p. 415, 1885.
- TUFFIER. — *Soc. chir.*, p. 1068, 6 nov. 1907.
- VIGNES. — *Progrès médical*, 19 mars 1932, 501-509. Dolichocôlon.
- WADE et ROYLE. — Operation treatment of Hirschprung's disease. *Med. journ. of Australia*, t. 1, p. 137, 1927.
- WALTHER. — Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque. *Bull. soc. anat. de Paris*, t. 63, p. 256, 1888.
- WEISS et PORCHER. — Modifications anatomo-physiologiques apportées au segment terminal du tube digestif par la suppression du réservoir colique. *Arch. mal. app. digest.*, t. 14, p. 803, 9 nov. 1924.

- WHITE. — Studies on the redundant còlon. *Transact. of ass. of amer. phys.*, t. 40, p. 282, 1925. — The redundant còlon. *Médec. clin. of North-America*, t. 8, p. 1.611, 1924-25. — Redundant còlon. *New England journ. med.*, t. 198, p. 783, 1928.
- WILMS. — *Münch. med. Woch.*, p. 2.061, 1905.
- ZORZI. — Osservazioni radiologiche sul sigma lungo (dolichosigma). *Radiol. med.*, t. II, juin 1924. — Sull'etiologia del dolichocòlon. *Radiol. med.*, t. 12, p. 547, 1925.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Historique	7
Etiologie	11
Pathogénie	15
I — Hypothèse de l'origine embryologique ou fœtale	16
II — Hypothèse de l'origine infantile ou post- embryologique	18
Symptomatologie	29
Formes cliniques	39
Complications	49
Etude radiologique	55
Diagnostic	67
Thérapeutique	71
Conclusions.	79
Bibliographie	81
Table des Matières	87

Vu :
Nancy, le 20 Juillet 1934
Le Président de thèse
M. PERRIN.

Vu et approuvé :
Nancy, le 21 Juillet 1934
Le Doyen de la Faculté de Médecine
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 24 Juillet 1934
Le Recteur de l'Académie
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

